

ANAIIS PAULISTAS DE

MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXV

N.º 2

Fevereiro de 1958

Neste número:

Trabalhos Originais:	Pág.
Pé equino-varus congênito inveterado — DR. PAULO DINIZ DE OLIVEIRA SANTOS	109
Obstrução intestinal devida a polpa de laranja em doente gastrectomizado — Drs. João de Lencastre e GIL HAUSER SANTOS	121
Fisiologismo del cremaster — Dr. AUGUSTO HERNANDES MENDONÇA	125
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Cirurgia	67
Dermatologia e sifilografia	70
Hematologia e Hemoterapia	72
Higiene e Medicina Tropical	74
Medicina no Trabalho	75
Neuro-Psiquiatria	76
Patologia	80
Pediatria	81
Proctologia	82
Radiologia e eletricidade Médica	83
Sociedade Médica São Lucas	94
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	99
Vida Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Moléstias Pulmonares	96
Congressos e Cursos Médicos:	
VI Congresso Panamericano de Gastroenterologia e III Jor-	
nadas da Sociedade Venezuelana de Gastroenterologia....	98
Curso de Extensão Universitária e Especialização.....	99
Literatura Médica:	
Livros recebidos	99
Separatas e folhetos recebidos	100

Editados pelo



DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

RUA PIRAPITINGUI, 80 — SÃO PAULO, BRASIL

MEPRO

Fórmula:

Meprobramato	0,400 g.
Vitamina B ₁	0,010 g.
Reserpina	0,0001 g.
Excipiente q. s. p.	0,500 g.

INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

MODO DE USAR:

2 a 4 comprimido ao dia, ou como determinar o médico.

(Venda sob prescrição médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

Farm. M. P. LANZONI

GLUCOSSARA

Fórmula:

Vitamina C	0,500 g
Vitamina B ₁	0,100 g
Vitamina B ₂	0,050 g
Clícocola	0,050 g
Sol. glicosada a 30% q. s. p.	10,00 cm ³

INDICAÇÕES

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas.

MODO DE USAR:

1 a 2 ampólas diariamente por via endovenosa,
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licenc. S. N. N. F. M. sob N.º 825/41

Farm. M. P. LANZONI

★

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 104 — São Paulo, Brasil

TRIUNFANDO através dos tempos e de geração em geração, como a linhagem dos animais puro-sangue, CODEINA e CLORIDRATO de ETILMORFINA lideram tradicionalmente a terapêutica das TOSSES

GOTAS IBEL

(CODEINA - CLOR. DE ETILMORFINA)



Fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina	0,005 g.
Codeína	0,004 g.
Tintura de Lobelia	0.1 g.
Tintura de Grindelia	0.1 g.
Tintura de Crataegus	0.1 g.
Água de Louro Cereja	0,2 g.

Modo de usar:

Adultos:

40 gotas em um calice de água açucarada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo critério médico.

Crianças:

20 gotas a critério do médico

Receitnario Livre

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.
R. Ruy Barbosa, 377 - Fones 36-8075-33-3426 - C. Postal 1874 - S. PAULO

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Cr\$
Capa externa (12×19 cm) por vez	4.000,00
Capa interna (12×19 cm) por vez	3.500,00
1 página (12×19 cm) por vez	3.000,00
½ página (9×12 cm) por vez	1.600,00
¼ página (9×5,5 cm) por vez	900,00
Encarte por vez	2.500,00

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL
PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

★

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS

VICENTE AMATO — USAFARMA S/A.

Rua Joaquim Távora, 550 — Fones: 7-3158 e 7-2581

Enderêço Telefónico: "VIASOCA" — Caixa Postal, 2.438

SÃO PAULO, BRASIL

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinat. por 1 ano Cr\$ 200,00 — Estrang. US\$ 5,00 — Número avulso Cr\$ 20,00

VOL. LXXV

FEVEREIRO DE 1958

N.º 2

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Sessão em 22 de março de 1957

Presidente: Dr. Fábio Schmidt Goffi

Amputações nas moléstias vasculares periféricas. Drs. Octávio Martins de Toledo, Luiz Edgard Puech Leão, Cláudio Oscar Bellio, Joaquim Bueno Neto e Victor Khouri. — As amputações são indicadas nos casos em que a isquemia chegou a tal ponto que sobrevém gangrena simples ou infectada. Não as indicamos nos casos apresentando somente dor isquêmica. Quanto à oportunidade, fator muito importante é a espera da delimitação da gangrena e tratamento do estado geral do paciente. Quanto ao nível, nos guiamos pela viabilidade dos tecidos, mas, sempre que possível, levamos em conta a idade, a doença e a prótese. Quanto à técnica, não usamos garrote; circular infundibular; traumatização mínima dos tecidos; secção sem tratamento do nervo; secção do osso com formão e martelo; preferentemente fechada na côxa, perna e pé; aberta nos lados. Os autores discutem o prognóstico quanto à viabilidade do côto e vida do paciente. Estudaram 156 pacientes nos quais foram feitas 200 amputações, no período de 1952-56, no Departamento de Cirurgia do Hospital das Clínicas (1.^a

e 3.^a Clínicas Cirúrgicas). Analisam, nesse material, a influência dos seguintes fatores: doença, idade, condições gerais, tratamento pré-operatório, tempo de doença, tempo de gangrena, extensão da gangrena, nível de obstrução arterial, nível de amputação, uso do formão. Finalmente, analisam os óbitos.

O problema da prótese dos amputados. Dr. Fernando Bocolini. — Este problema entre nós é sério porque: a) as oficinas não dispõem de técnicos competentes; b) não há escolas para técnicos; c) por isso não há progresso nas próteses. O médico que amputa se limita à parte cirúrgica, enviando depois o paciente a uma casa de prótese; ele deveria entrar em contato com o especialista em prótese, se possível antes mesmo da operação. O autor projetou diapositivos sobre os meios ideais de amputação, do ponto de vista do aproveitamento do côto, baseando-se na experiência americana e nos sete anos de sua própria experiência. Considerou também a forma do côto (em traveseiro ou

saco de café), aconselhando o côto cônico, com cicatriz terminal ou posterior, conforme o caso. Considerou também o tratamento dos ossos e dos nervos, para evitar o neuroma. Aconselhou a movimentação precoce do côto, a posição de decúbito ventral no pós-operatório dos amputados de côxa, com hiperextensão; o mesmo para a

perna. Além disso, a ginástica. O maior cuidado de movimentação, posição correta e ginástica devem ser observados para os membros superiores. Com esses cuidados, a prótese poderá ser colocada muito mais precocemente, evitando-se a prótese provisória, com grandes vantagens, inclusive para o psiquismo dos pacientes.

Sessão em 10 de abril de 1957

Presidente: Dr. Fábio Schmidt Goffi

Pós-operatório nas mastectomias radicais. Dr. João Sampaio Goes Jr. e Roberto Taliberti. — Um dos grandes problemas da mastectomia é a cicatrização dos retalhos cutâneos, muitas vezes retardada, a elevação do braço operado e a limitação dos movimentos. Com o avanço das técnicas radicais e ultra-radicaís e com o conhecimento dos linfáticos cutâneos surgiu a necessidade de se remover todo ou quase todo o tecido gorduroso subcutâneo, o que prejudica grandemente a vitalidade dos retalhos cutâneos, com necroses conseqüentes, cicatrizações por segunda intenção, infecções secundárias da ferida, que determinam por vezes cicatrizações viciosas, bastante demoradas e responsáveis pelo grande edema do braço e limitação dos movimentos. Este é um problema de tôdas as clínicas que fazem a cirurgia radical. Preocupamo-nos com isso e procuramos encontrar uma solução que proporcione cicatrização mais rápida e com limitação da elevação do braço, dispensando os exercícios de reabilitação. Concluimos que, quando

a cicatrização se processa com o braço descido paralelamente ao tronco ou preso junto ao tórax, os retalhos cutâneos se colam na axila e no tórax em uma posição que iria dificultar a elevação do braço, por faltar pele suficiente. Pelo contrário, se os retalhos cutâneos se acolarem ao tórax e à axila com o braço elevado, a mobilização do braço para baixo será fácil, sobrando pele para isso, sendo a elevação do membro feita também sem dificuldade. A sutura dos retalhos cutâneos é feita com o braço elevado, que é mantido durante 5 dias. A paciente deve levantar-se no dia seguinte mas tôdas as vezes que fôr ao leito manterá o braço elevado e protegido por um travesseiro. O curativo bastante compressivo será removido somente no 5.º dia pós-operatório. Depois que passamos a adotar esta conduta, a cicatrização se processou muito mais rapidamente, diminuíram as deiscências de sutura e conseqüentes necroses e edema do braço, que consideramos como seqüência das cicatrizações prejudicadas e infectadas.

METROLINA

Antissético Ginecológico — Bactericida —
Adstringente — Aromático

★

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO
HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 181
SÃO PAULO: Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

PENICIER

COMPRIMIDOS

INFANTIL

100.000 unidades Penicilina

Sulfa { diazina
 merazina
 metazina

ADULTO

200.000 unidades Penicilina

Sulfa { diazina
 merazina
 metazina



Laboratório Xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.



DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

Sessão em 11 de abril de 1957

Presidente: Dr. Mário Fonzari

Um caso de micetoma actinomicótico não fistulado e de grãos brancos.

Drs. Benjamin Zilberberg e Elmo Bitar. — Os autores observaram um paciente no Hospital do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (Secção de São Paulo), com 30 anos de idade, que apresentava, havia 1 ano, no terço inferior da coxa direita, uma tumoração de tamanho um pouco maior que uma palma de mão, pouco visível à inspecção, melhor percebida em pé, pela contração muscular, aderente aos planos profundos e superficiais e constituída de vários tumores conglomerados entre si, de consistência fibromatosa, não dolorosos à pressão, mas discretamente na marcha. A epiderme que recobria a tumoração não apresentava senão um ponto de coloração violácea. O doente não refere ferimento ou entrada de espinhos de planta na região, mas apenas uma batida nesse local. Vive na Capital há 10 anos e é comerciante. A biopsia profunda da tumoração demonstrou vários grãos com as características de um actinomiceto, sem clavas, Gram-positivo. A colheita de grãos pela incisão da biopsia foi então bem fácil, sendo os grãos de cor branco-porcelana e medindo mais de 1 mm. Pela manipulação, estes grãos se desagregavam em menores. Foram semeados em meio de Sabouraud, sem resultado. A 37°C. também não conseguimos crescimento de colônias. Foi então tentada sua identificação nos meios anaeróbios mais recomendados; não se obteve aparecimento de colônias, mas apenas de contaminações. O aspecto clínico, evolução, localização, os achados histológicos, a dificuldade de isolamento dos parasitos, a estrutura dos grãos e seu aspecto, sua coloração, e os resultados do tratamento por sulfamídicos e penicilina, verdadeiramente espetaculares e rápidos (menos de 2 meses), levaram os autores a crer na possibilidade de tratar-se de espécie de acti-

nomiceto diferente das habitualmente encontradas entre nós, como o *israeli* e o *brasiliensis* (asteroides).

Síndrome de Bloch-Sulzberger. Comentários sobre um caso típico, com lesões hiperplásticas pseudo-epiteliomatosas e disceratósicas. Dr. Benjamin Zilberberg. — O autor observou há alguns meses uma criança do sexo feminino, de 4 meses de idade, que apresentava no tegumento externo vários tipos de lesões: verrucosidades em placas nos membros inferiores, que meses depois desapareceram espontaneamente, deixando manchas azuladas, ardosias, irregulares; numerosos elementos pigmentares, chocolate, nas faces laterais do tórax e dorso, constituídos de estrias, pontos, linhas curtas e angulares, às vezes em rede e dispondo-se sem sistematização, de superfície brilhante, por vezes eritematosas e recobertas de vesículas eczematosas. Muitos destes elementos eram de aspecto francamente liquenóide. Estas lesões foram precedidas, meses atrás, por exantema generalizado e depois por erupção vesículo-pustulosa, que desapareceu com tratamentos tópicos. O estudo histológico das lesões verrucosas mostrou uma estrutura semelhante ao epiteloma spinocelular corneificado, com atipias e mitoses nucleares anormais, hiperacantose enorme dos brotos epidérmicos, invadindo o derma, e considerável discratose das células malpighianas. Além disso, ausência de melanina na camada basal, que deixou cair seus grãos no derma e foram captados pelos histiócitos (incontinentia pigmenti). Esta incontinentia pigmenti estava também presente nos cortes histológicos das pigmentações lineares, além de mostrar vesículas espongíóticas de eczema. Nos antecedentes dos progenitores nada de interessante; o exame de fundo de olho, dentes, etc., tanto na paciente como na família, não evidenciou taras. Este caso é típico e com-

pleto, apresentando todos os aspectos clínicos da síndrome de Bloch-Sulzberger. É o 78.º caso até agora observado.

Um caso de calcinosis cutis universalis. Dr. Benjamin Zilberberg. — Paciente de 27 anos de idade, sexo feminino, que apresentava três nódulos no tegumento, localizados na omoplata direita, região glútea direita e braço esquerdo. Estas lesões apareceram no decorrer de 13 anos, sendo a primeira lesão localizada na região glútea, a seguinte na omoplata e finalmente a terceira no braço. Na omoplata direita, sob uma epiderme de coloração normal, a palpação mostrava uma nodosidade irregular, de uns 30x15 mm, de dureza calcárea, acidentada, angulosa nos extremos, móvel em todos os planos do tegumento e dolorosa à pressão. Na região glútea direita, nos limites com a coxa, a palpação demonstrava uma nodosidade de pouco mais de 10 mm de comprimento, em forma de azeitona, dura como pedra, de superfície irregular, móvel em todos os planos e não dolorosa à palpação. No braço esquerdo, notava-se um nódulo duro, situado na face ântero-interna do biceps, recoberto por epiderme violácea, do tamanho aproximado de 10 mm, saliente, irregular, acidentado e móvel facilmente nos planos profundos, mais dificilmente nos superficiais, com início de aderência. As radiografias destas regiões mostravam massas calcificadas dos tecidos moles, sem comprometimento ósseo, sendo que a nodosidade da omoplata era formada por um conglomerado de massas calcificadas. A extirpação cirúrgica resolveu o caso e, até 5 meses após o ato operatório, não houve recidiva nem aparecimento de novos nódulos. A reação de von Kossa demonstrou tratar-se de fosfato de cálcio. A dosagem de cálcio e fósforo no sangue; assim como a determinação do metabolismo basal, foram normais; hemograma sem anormalidade, assim como a urina. Consultando a literatura, o autor verificou que, no Rio de Janeiro, Martinho da Rocha havia observado um caso de calcinosis universalis em uma criança e Mário Rutwoich outro, em uma me-

nina de 9 anos. O autor recebeu de Vinício A Zamith a informação de que havia observado um caso semelhante.

Atrofodermia vermiculada ou folliculitis ulerythematosus reticulata. Estudo clínico-histológico de um caso. Benjamin Zilberberg. — Dermatose raríssima, de aspecto clínico bizarro, a literatura dermatológica mundial registrava, até 1948, segundo Mac Kee e Cipolaro, 30 casos publicados. Um caso referido pessoalmente por Newton Guimarães e o presente constituem, ao que parece, os únicos observados no Brasil.

A observação refere-se a uma menina de 10 anos de idade, cujas lesões surgiram aos 8 anos, perto da pálpebra inferior direita, estendendo-se para a região malar. Segundo a mãe da paciente, surgiam inicialmente pequenos cravos, que desapareciam lentamente, deixando em seu lugar depressões cicatriciais. Com o passar dos meses, estas lesões foram aumentando de número, mostrando tendência a alastrar-se para a face. O exame mostrou, nesta região, uma faixa vertical de 30x12 mm no ponto mais comprometido, formada por depressões pontuadas, espaçadas entre si, de fundo cicatricial róseo e de bordas a pique. De permeio e na face superior desta faixa, notavam-se alguns pseudo-comedões ou cravos brancos. A biópsia de um fragmento de pele compreendendo cravos e depressões, mostrou: irregularidade do desenho epidérmico, com depressões espaçadas, hiperqueratose folicular considerável, em um ponto dos preparados e, no córion, a presença de dois cistos córneos, um deles rodeado de intensa infiltração linfocitária, não havendo conexões entre eles e os folículos. Estes, deformados e rudimentares, estavam presentes em grande número e rodeados por um importante e denso infiltrado histiolinfocitário. As fibras elásticas, ausentes ao redor dos folículos, se congregavam em pequenos troços densos nas papilas, em alguns pontos dos cortes. Esta estrutura está perfeitamente de acordo com as descrições que os autores dão da histologia dessa rara

dermatose. O tratamento será feito logo que as lesões se estabilizem definitivamente, sendo indicada a ablação elétrica.

Pecilodermia congênita (síndrome de Thomson). **Primeiro caso brasileiro.** Vinício de Arruda Zamith. — Trata-se de uma criança com 4 anos de idade, branca, que apresenta uma dermatose generalizada, constante de manchas pigmentares dispostas em forma de rede, de lesões telangiectáticas e de lesões atroficas. A moléstia surgiu aos 2 meses de idade, pelo aparecimento de manchas avermelhadas nas nádegas e bochechas; aos 2 anos a doença já havia atingido todo o corpo. Não há consangüinidade entre os pais. Não há outras doenças de pele entre os parentes. Apresenta unhas pequenas e quebradiças. Não

há deformidades ósseas. O exame histológico, a cargo do Dr. J. Brandi, mostrou zonas de atrofia da pele, células vacuolizadas na camada basal, com desaparecimento do arranjo desta camada; no derma, tecido fibroso hialinizado e dissociado; fibras elásticas fragmentadas e espessadas; poucos anexos.

Trata-se de um caso idêntico aos da assim chamada "síndrome de Thomson", descrita por este autor em 1936, na qual existem lesões cutâneas do tipo pecilodérmico e deformidades em outros sistemas ou tecidos (catarratas, alterações ósseas, distrofias ungueais, etc.). Deve-se ser incluído no vasto grupo das displasias e, dentro dele, ser considerado como uma displasia genética, pois em vários casos relatados há nítida natureza familiar (casos de Rothmund, de Thomson, etc.).

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Sessão em 8 de abril de 1957

Presidente: Dr. Ruy Faria

Aplicações do Cr^{51} em hematologia e hemoterapia particularmente no estudo da sobrevida dos eritrócitos. Dr. Rafael Giannella. — O autor, depois de resumir a técnica empregada, quer para a determinação da massa total dos eritrócitos, que para o cálculo de sua sobrevida, frisa alguns pontos que considera de importância. Na determinação da massa de eritrócitos, encarece a necessidade de correções a serem feitas no valor do hematócrito para cálculo indireto do volume plasmático. Focaliza o emprego do ácido ascórbico como redutor do Cr^{51} não incorporado. As contagens das amostras nos casos estudados foram feitas 20 e 30 dias depois do início de provas e com tempos de contagem cada vez maiores, para assegurar melhor rigor estatístico. Considerando a perda por eluição igual a 1% da atividade diária, não faz correção para esse fator, que deixa de ter interesse na interpretação de curvas para fins clínicos. Analisa a aplicação do Cr^{51} no estudo da vitalidade do sangue conservado para escolha do método de

colheita e do de conservação. Apresenta 11 casos estudados em princípios de 1956 no Laboratório de Isótopos do Veterans Administration Hospital (Birmingham, Alabama), demonstrando os valores de sobrevida na anemia perniciosa, anemia falciforme e na doença de Hodgkin. Em 2 casos de linfoma crônica, os valores se apresentaram superiores aos demais. Apresenta 2 casos em que foram comparados o volume plasmático e a massa total de eritrócitos determinados pelo Cr^{51} e pela Risa, notando-se perfeita coincidência.

Influência dos fatores da coagulação na reação local de Schwartzmann. **Fator VII** Drs. Gastão Rosenfeld, Solon Spanoudis e Linda Nahas — Coelhos tratados com Dicumarol até que o tempo de protrombina desça abaixo de 1% não apresentam a reação local de Schwartzmann. A injeção de plasma fresco citratado na proporção de 20% em relação ao volume de plasma do animal torna a reação positiva; o soro fresco que contém somente fator

~~DOR~~



Dolviran

Analgesico - Sedativo - Espasmolítico

Tubo com 10 comprimidos

VII, na proporção de 28, também positiva a reação. A metade das doses acima não é suficiente para obter esse resultado. O fator VII, extraído do soro, injetado na proporção de cerca de 13% do plasma do animal, também positiva a reação, enquanto o soro do qual se adsorveu suficientemente o fator VII nada produz. Com

esses dados é permissível concluir que o fator VII da coagulação é elemento indispensável para que se possa produzir a reação local de Schwartzmann, pela sua atividade aceleradora na transformação da protrombina em trombina e que uma certa rapidez nessa transformação é fator fundamental.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Sessão em 4 de abril de 1957

Presidente: Dr. Luis Rey

Diagnóstico de protozoários intestinais. II: Modificação técnica no emprego do álcool potivinílico. Dr. Wilson Mayrink. — Uma das importantes limitações do emprego do fixador de álcool potivinílico no estudo dos protozoários intestinais reside, conforme se depreende da literatura a respeito, no fato de que, usando-se os esfregaços secos, só se obtêm bons resultados em relação às formas trofozoíticas, pois os cistos, com esse tipo de fixação (a seco), alteram-se, tornam-se destorcidos, pelo que, muitas vezes, são indistinguíveis. Daí o ter o autor idealizado a modificação técnica, que é minuciosamente descrita no trabalho e que consiste em tratar os esfregaços a úmido durante todos os tempos de fixação e coloração. Passou, daí por diante, a obter sistematicamente cistos corados em boas condições. Para prová-lo, apresentou uma série de microfotografias de cistos de *E. histolytica*, *E. coli*, *E. nana*, *I. büttchlii*, *C. mesnili* e *G. lamblia*.

Diagnóstico de protozoários intestinais. III: Modalidade prática para o emprego do fixador de Schaudinn. Drs. A. Dacio F. Amaral e Wilson Mayrink. — Goldman, em 1947, introduziu um novo fixador, a que chamou de fixador de álcool polivinílico, para conservação de protozoários (trofozoitos e cistos) e ovos de helmintos intestinais. As investigações posteriores demonstraram, porém, que o referido fixador não se presta para a conservação de ovos de helmintos, dá resultados precários na conservação de

cistos, sendo útil apenas para a preservação de formas vegetativas de protozoários, que podem ser coradas com resultados satisfatórios. Um dos autores (W. M.) introduziu modificação técnica no emprego do fixador de álcool polivinílico, trabalhando com os esfregaços a úmido e não a seco, como no processo original, logrando, assim, obter excelentes colorações, não só de trofozoitos como também de cistos de protozoários. Consoante se pode depreender das publicações sobre o uso do álcool polivinílico como fixador, este plástico não é empregado sozinho, mas de mistura com o velho fixador de Schaudinn. Ao que parece, o elvanol (álcool polivinílico) foi introduzido na prática do estudo de protozoários intestinais porque permite a confecção de esfregaços a seco. De acordo, porém, com as observações já citadas de um dos autores (W. M.), resultados bem superiores são conseguidos do fixador de álcool polivinílico (solução de Schaudinn + álcool polivinílico) for usado a úmido e não a seco. Daí nasceu a idéia de passar a colher as fezes apenas no líquido de Schaudinn, eliminando o elvanol (álcool polivinílico), desde que ficou provado não haver grande vantagem em se fazerem esfregaços a seco e uma vez que, na prática, se podem obter esfregaços a úmido com toda a facilidade. A idéia foi coroada de êxito. O material a ser fixado é colhido em frascos de 15 cm³, na proporção de 1 parte do mesmo para 3 partes de fixador de Schaudinn. Em seguida, pode ser corado por qualquer pro-

cesso de hematoxilina. O material permanece em perfeitas condições para ser corado durante bastante tempo, tendo os autores até o presente, conseguido colorações excelentes após 4 meses de colheita.

Diagnóstico de protozoários intestinais. IV: Sobre a presença de formas vegetativas de protozoários em fezes formadas, evacuadas normalmente. Drs. Wilson Mayrink e A. Dácio F. Amaral. — Em fezes formadas, segundo alguns autores, devem-se procurar os cistos de protozoários, pois só excepcionalmente aí se apresentam os trofozoitos; outros autores, entretanto, não partilham de tal opinião, afirmando que o encontro de formas vegetativas naquele tipo de fezes não é excepcional, mas muito mais comum do que se pensa. Os autores não encontraram na literatura trabalho sistemático sobre a pesquisa de formas trofozoíticas intestinais, particularmente de amebas, em fezes formadas. Resolveram estudar a questão, dada a grande importância prática que apresenta. Com efeito, vários trabalhos têm sido elaborados com o fim de demonstrar que é imprescindível o emprego de purgativos salinos para o diagnóstico da amebiase, visto que, em tais condições, há aumento nítido de casos positivos. Mas o emprego do purgativo, que visa a liquifazer as fezes, fazendo aparecer formas tronfozoíticas, não deixa de ter vários inconvenientes: para certos pacientes é contra-indicado; outros o toleram com dificuldade; muitos a ele se furtam pelos incômodos que causa. Nestas condições, se se demonstrasse que a presença de formas trofozoíticas em fezes formadas e evacuadas normalmente é vista, se não na totalidade dos casos, ao menos em alta percentagem, poder-se-ia abolir ou diminuir as vezes de aplicação do purgativo. Resolveram por isso os autores estudar uma série de casos, com o seguinte critério: em primeiro lugar, colher fezes formadas, evacuadas normalmente, e nelas pesquisas as formas trofozoíticas; em segundo lugar, submeter os mesmos pacientes a um purgativo salino, a fim de verificar se havia aumento dos casos positivos e se esse aumento seria ou não compensador. De início, exa-

minaram 22 pacientes, cujas fezes formadas e de purgativo foram fixadas no fixador polivinílico: nas fezes formadas trofozoíticas apareceram 8 vezes (36,3% dos casos), ao passo que, nas de purgativo foram encontradas 13 vezes (59,09% dos casos). Em seguida, examinaram mais 68 indivíduos, cujas fezes formadas e de purgativo foram fixadas apenas no líquido de Schaudinn: nas formadas, depararam 17 vezes trofozoíticas (25% dos casos), ao passo que esse número se elevou de 31 (45,5% dos casos), quando as fezes eram de purgativo. Concluem que, se bem que se possam encontrar trofozoitos em fezes formadas, o uso do purgativo evidentemente permite encontrar maior número de casos positivos, não podendo ser dispensado em grande número de casos em que se tem em vista o diagnóstico de protozoários intestinais.

“Fasciola hepática” no gado, no Rio Grande do Sul. Investigações sobre a possibilidade de ocorrência de casos humanos. Dr. Luís Rey. — Partindo da suspeita que pesava sobre uma vintena de casos dos municípios de Pelotas, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Arroio Grande e Jaguarião, no Estado do Rio Grande do Sul, fizemos uma investigação sobre o estado atual do problema da fasciolose no gado e das possibilidades de sua transmissão ao homem, na região. Revimos 20 dos 22 pacientes incriminados, fazendo exames de fezes pelos métodos de Faust e de sedimentação espontânea, bem como intradermoreações com antígenos de *Fasciola hepática* e de *Schistosoma mansoni*. Examinamos pelos mesmos métodos as fezes dos membros das respectivas famílias. Os resultados foram todos negativos para o diagnóstico de fasciolose.

Entretanto, a doença ocorre no gado com relativa frequência, sendo a prevalence, registrada nos matadouros, igual a 2,24% para os bovinos e 4,25% para os ovinos. Mas, nas zonas da Campanha e da Serra do Sudeste, atinge taxas muito mais altas. As estatísticas referentes a um largo período não permitem supor que a zoonose se encontre em declínio. O

agente transmissor, na região, é a *Lymnaea viator* D'Orbigny sendo facilmente encontrado nas valas, brejos e banhados.

Acreditamos ser a infecção humana possível, nessa área, porém extremamente difícil devido aos hábitos da população e suas condições de vida: consumo muito reduzido ou nulo de agrião, abastecimento de água em pocas perfurados longe dos brejos e cursos d'água, uso do chimarrão como bebida prevalente. Para o descobrimento de casos eventuais, seria con-

veniente, no entanto, pesquisar sistemática e cuidadosamente a parasitose nos pacientes que tivessem eosinofilia muito elevada e nos que apresentassem queixas ou sintomas relacionados com perturbações hepatobiliares. Os métodos a empregar seriam: a) intradermo-reação com antígeno de *Fasciola hepática*; b) pesquisa de ovos nas fezes; c) pesquisa de ovos na bile retirada por sondagem. At é aqui, em nosso meio, a profilaxia da fasciolose é um problema de interesse econômico e veterinário.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO

Sessão em 26 de abril de 1957

Presidente: Dr. Bernardo Bedrikow

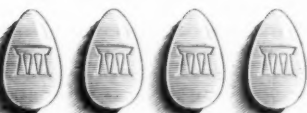
Serviços Médicos industriais. Dr. Bernardo Bedrikow. — O industrial que deseja proporcionar assistência médica aos operários encontra, entre outras, as seguintes questões: 1) Deve a indústria ter o seu próprio Serviço Médico, qualquer que seja o número de operários, o ramo de atividade e localização da fábrica? 2) Quais devem ser as atividades principais do Serviço Médico: exames sistemáticos de saúde? consultas e tratamento? presença dos riscos do trabalho e educação sanitária? atenção à família dos operários? 3) Qual o pessoal necessário: médicos, enfermeiros, outros? Qual o seu número, formação, salários, horários? 4) Como deve o Serviço Médico ser organizado: subordinado a quem? administrado por quem? relacionado a que outros departamentos industriais? 5) Como deve ser instalado? Local e área, dependências, equipamento e material.

A fim de procurar orientação para responder a essas questões de forma prática e adequada a nosso meio, o Serviço de Higiene e Segurança Industrial do Serviço Social da Indústria fez um levantamento dos Serviços Médicos existentes em 43 indústrias de São Paulo, pertencentes aos mais di-

versos ramos de atividade, empregando desde menos de 100 até mais de 2.000 operários, cada uma, abrangendo ao todo mais de 20.000 empregados. Os principais itens abordados foram: subordinação do Serviço Médico; pessoal (médicos, enfermeiros, outros); exames médicos sistemáticos; consultas e tratamento; assistência à família; relações com outros departamentos; instalação, material e equipamento; dependências, movimento, serviços dentários. Em resumo, resultaram as seguintes conclusões: há falta de apoio da gerência ao médico; médicos e enfermeiros poderiam ser beneficiados por uma formação mais especializada em higiene e medicina do trabalho; os exames médicos sistemáticos não levam em conta o operário, seu trabalho e a adaptação do homem ao trabalho; a parte de consultas e tratamento é bem desenvolvida; reduzido é o número de acidentes e doenças profissionais na educação sanitária. Recomenda-se o estabelecimento de normas a serem estudadas pela APM e por ela sancionadas, para servirem de orientação aos industriais desejosos de organizar ou aperfeiçoar Serviços Médicos em suas empresas.



*na
monilíase
vaginal*



*Micostatin
comprimidos
vaginais*



Apresentação: caixas de 15 comprimidos



SQUIBB



MICOSTATIN É U.A. MARCA REGISTRADA

DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA

Sessão em 5 de abril de 1957

Presidente: Dr. Rolando Angelo Tenuto

Hematoma intracerebelar espontâneo. Drs. Aloysio de Mattos Pimenta e Octávio Lemmi. — As hemorragias e hematomas da fossa posterior são relativamente raros e mais raros ainda são seus diagnósticos em vida; os casos encontrados na literatura são em geral isolados. Os autores apresentam 2 casos de pacientes que apresentaram síndrome de hipertensão intracraniana aguda, acompanhada de sinais cerebelares e síndrome vertiginosa intensa, nos quais os exames e a exploração cirúrgica demonstraram a existência de hematoma espontâneo do vérmis cerebelar. A designação "espontânea" serve para diferenciar estes casos daqueles devidos a traumatismos ou hemorragias em tumores, se bem que seja muito difícil, quer cirúrgica, quer anátomo-patologicamente, afastar a existência de malformações vasculares ou aneurismas nos casos em apêço. Nos distúrbios circulatórios encefálicos há um grupo que é beneficiado pelo tratamento cirúrgico. As hemorragias cerebelares são mais graves que as cerebrais e, assim, a cirurgia poderá salvar maior número de pacientes quando maior número de diagnósticos for feito.

Electroforese em papel das proteínas do líquido de cistos associados a tumores do sistema nervoso central. Dr. Antônio Spina França. — O autor revê inicialmente os principais dados fornecidos pelo estudo electroforético das proteínas séricas e líquóricas em afecções do sistema nervoso central, realçando aqueles obtidos pelo seu estudo comparativo. Em seguida, apresenta os resultados relativos à análise electroforética das proteínas de 8 líquidos de cistos associados a tumores intracranianos e 1 medular (1 craniofaringeoma, 1 meningeoma, 2 ependimomas e 5 astrocitomas), colhidos cirúrgicamente pelo Dr. Rolando A. Tenuto. Os resultados sugerem a inde-

pendência do mecanismo de formação do líquido desses cistos, quando comparado com os perfis electroforéticos normais do sangue e líquido cefalorraquidiano, dado que está de acordo com os estudos anteriores de Cumings (1950-53). A relação entre malignidade do tumor e globulina β_2 , apontada por esse autor, também se confirma em parte na presente série.

Aneurismas múltiplos intracranianos. Importância na semiologia neurocirúrgica. Drs. Aloysio de Mattos Pimenta, Paulo Mangabeira Albernaz Filho e Roque José Balbo. — A angiografia cerebral de Egas Moniz, permitindo o diagnóstico dos aneurismas arteriais intracranianos em vida, colocou estas lesões ao alcance do tratamento cirúrgico. Este, entretanto, apresenta certo número de dificuldades: 1) o fato dos aneurismas, em geral, se localizarem em regiões profundas, de difícil acesso, nas proximidades do círculo de Willis; 2) o problema do traumatismo cirúrgico às formações centrencefálicas; 3) o problema das embolias e trombozes a partir dos aneurismas; 4 a existência de aneurismas múltiplos.

Os autores tiveram sua atenção voltada para o problema pelo trabalho de Bigelow, em que é feita uma revisão da literatura a respeito do assunto. Revendo seu material, encontraram 5 casos (10% do total de casos), cifra aproximadamente igual à encontrada por aquele autor. Após apresentar súmula clínica e documentação angiográfica dos casos, os autores aconselham, nos aneurismas arteriais intracranianos, a realização da semiologia angiográfica mais completa possível (angiografia das carótidas e da vertebral), a fim de melhor estudar a circulação colateral e orientar a cirurgia, principalmente nos casos de existência de aneurismas múltiplos.

TRILAFON

(PERFENAZINA)



Tranqüilizante



E



Antiemético

Embalagens originais

Frascos com.... { 20 drágeas de 2 mg
20 drágeas de 4 mg
20 drágeas de 8 mg



INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA

S C H E R I N G S / A .

RIO DE JANEIRO • SÃO PAULO • PÓRTO ALEGRE • BELO HORIZONTE
JUIZ DE FORA • SALVADOR • RECIFE • FORTALEZA

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 16 de abril de 1957

Presidente: Dr. Celeste Fava Netto

Ação da prednisona sobre a asma experimental do cobaio. Drs. Ernesto Mendes e A. Germano da Silva. — A prednisona, em doses de 5 até 10 mg diários, administrada por via horal, durante os últimos 6 dias da sensibilização, tem efeito inibidor sobre a asma experimental do cobaio, provocada por clara de ovo. Um efeito inibidor semelhante não foi verificado, usando-se as mesmas doses de prednisona, sobre o broncospasmo do cobaio, provocado por aerosol de histamina.

Blastomicose sul-americana. Estudo das lesões dentárias e parodontárias sob os pontos de vista clínico e histopatológico. Dr. José Bonifácio Fonseca. — Constituinte a blastomicose sul-americana um importante problema médico-social brasileiro, justifica-se a intensificação de seu estudo. Dado seu característico polimorfismo clínico, este deve ser empreendido por especialistas de diversos campos da medicina. Impressionam pela sua frequência e expressividade as referências encontradas na literatura ao papel desempenhado pelo órgão dentário na patogênica da moléstia. São encontradas referências a dentes cariados como agente traumatizante da mucosa bucal, favorecendo a penetração do fungo no organismo, a extrações ligadas ao aparecimento dos primeiros sintomas da moléstia (geralmente com diagnóstico de piorrécia alveolar), à mobilidade e mesmo a queda dos dentes, sobrevindo rapidamente, após as primeiras manifestações da blastomicose. Boglioli registrou a presença do fungo em granuloma apical dentário. Propusemo-nos, orientados pelo Prof. Carlos S. Lacaz, a estudar, sob o ponto de vista clínico e histopatológico, as lesões dentárias e parodontárias na blastomicose sul-americana. Em 25 doentes (formas mistas) realizamos exame odonto-estomatológico completo (incluindo exame radioló-

gico dos dentes e processos alveolares), exame micológico (pesquisa direta do *P. brasiliensis*) e exame histopatológico de tecidos dentários (polpa), periodontais e perapicais (coloração pela hematoxilina-eosina e PAS e impregnação argêntica pelo método de Perdrau). Os resultados por nós obtidos foram relacionados ao estado geral dos doentes através da apreciação das observações médicas e exames subsidiários (laboratoriais, radiológico dos pulmões, etc.). Realizamos nosso trabalho no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na Seção de Odontologia e Estomatologia. Os doentes provinham dos Serviços dos Profs. Aguiar Pupo, Alves Meira e Edmundo Vasconcelos e do Hospital Central do Câncer. As microfotografias foram feitas no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital da Santa Casa de São Paulo (Prof. W. Maffei).

Verificamos que, freqüentemente, o hábito de fustigar as gengivas com agentes vulnerantes vegetais, ligava-se a sensação pruriginosa decorrente de moléstia periodontal crônica destrutiva. Possivelmente, assim se dá, muitas vezes a inoculação do fungo em tecido gengival já alterado. O sistema de drenagem linfática do periodonto de proteção possibilita a disseminação do parasita em profundidade, sem comprometer a vertente gengival externa. Disso resulta o encontro freqüente do fungo nos tecidos periodontais (periodontite blastomycótica), sem o concomitante aspecto gengival ulceroso, moriforme (11 dos 25 casos examinados). Uma vez instalado nos tecidos periodontais, o *P. brasiliensis* provoca intensos processos de osteólise, cementólise e fibrólise, o que vem explicar a rápida mobilidade dos dentes. No corpo dos maxilares observamos processo de osteosclerose, concomitante com o processo de destruição das apófises alveolares. O fungo mostra particular predileção pelo tecido perio-

dontal (riqueza em tecido linfóide), assumindo, aí, especial resistência à ação das sulfas. Em contraste com esses achados, em 7 polpas lesadas e em 15 granulomas resultantes de lesões pulpares, em casos com localização periodontal ou gengival do fungo, não foi este encontrado naqueles tecidos. A pesquisa do *P. brasiliensis* em exsudato de bolsas gengivais foi positiva em 2 casos clinicamente diagnosticáveis apenas como periodontite. Pode, portanto, essa pesquisa tornar-se, algumas vezes, precioso elemento semiológico para o diagnóstico da blastomicose.

Em face de nossos achados, ressaltamos a importância do exame odontostomatológico para o diagnóstico precoce da blastomicose; frisamos a conveniência de estar o dentista com o espírito alerta e pensar na blastomicose, quando haja elementos de suspeição (dados anamnéticos, as-

pecto clínico de moléstia periodontal crônica destrutiva com desusada rapidez no aparecimento de mobilidade dentária, aspecto radiológico de acentuada destruição do processo alveolar ao lado de nítida reação osteosclerótica do corpo do fungo em exsudato gengival e a biopsia de tecidos periodontais, como preciosos elementos semióticos para o diagnóstico da blastomicose.

No que se refere às medidas terapêuticas complementares de âmbito odontológico, sugerimos seja dada especial atenção aos focos periodontais, dando sentido amplo às medidas preconizadas por Lacaz. Em virtude da rica vascularização dos tecidos periodontais, facilitando a disseminação hematogênica em consequência das intervenções exodônticas, salientamos a importância do bloqueio sulfamídico e da cauterização das bolsas periodontais como medidas preliminares.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 12 de abril de 1957

Presidente: Dr. Nuno de Paiva Braga

Perturbações do sono na criança. Dr. Mário Yahn. — O autor não considerou as perturbações do sono na criança, dependentes de uma etiologia orgânica (infecções, intoxicações, traumatismos); preocupou-se com as de origem psicológica, que são as mais frequentes e decorrem de um fator predominante, sempre encontrado quando se faz uma investigação psicológica correta: é a ansiedade da criança. Tais tipos de perturbações do sono se manifestam, sobretudo, por insônia associada a maior ou menor grau de agitação e inquietação. Quando há referência de dificuldade para dormir, na anamnese pediátrica, é certo que ela nunca vem só, mas acompanhada de outros sintomas que, igualmente, expressam a ansiedade da criança. Os mais frequentes são: medo, agressividade com os irmãos ou com outras crianças, enurese, sonhos maus, sintomas obsessivos, dificuldades alimentares, tiques nervosos e outras manifestações somáticas, como obesi-

dade ou magreza. A etiologia pode ser encontrada no desajustamento emocional da criança dentro do próprio lar, o que é relativamente fácil de corrigir, ou nas emoções da criança que, desde muito cedo, tem que lutar contra os próprios impulsos instintivos, utilizando-se de um ego ainda mal desenvolvido e fraco.

O autor apresentou, como ilustração, o resumo da história clínica de 15 crianças, entre 2 e 11 anos de idade, com insônia e outros sintomas. O conhecimento das necessidades psicológicas da criança permite orientar os pais ou uma psicoterapia adequada seguida de resultados satisfatórios quase que certamente.

Distúrbios do sono na infância. Dr. Stanislaw Krynski. — Após algumas palavras iniciais nas quais analisa rapidamente os principais aspectos teóricos que norteiam os atuais conhecimentos sobre a teoria do sono, o autor passa a estudar os diferentes dis-

túrbios do sono na infância, distribuindo-os, para fins didáticos, em distúrbios quantitativos e qualitativos, com suas variantes em relação ao desenvolvimento evolutivo da criança. No tocante aos distúrbios de necessariamente os relativos a condições especiais de clima e local, os determinados por desconforto físico, por moléstias gerais, moléstias neuropsíquicas, especialmente as encefalites, umtões e traumatismos cranianos, a deficiência mental e outras. Em seguida, detém-se sobre os distúrbios de natureza psicótica e neurótica, mostrando sua importância e gravidade. A seguir, passa a analisar os distúrbios qualitativos, entre os quais destaca o sono intranquilo, com todas as suas variedades, os pesadelos e terrores noturnos, focalizando o problema do sonambulismo, cataplexia e narcolepsia, destacando suas relações com a epilepsia. Para finalizar, apresenta vários casos clínicos ilustrando a exposição, quando objetiva os distúrbios do sono, isolados ou associados a outros, nos desvios de conduta, neuroses, psicoses, lesões cerebrais circunscritas e na epilepsia, mostrando a necessidade de melhor apuro diagnóstico e as possibilidades terapêuticas.

Distúrbios do sono na infância. Dr. Pedro de Alcântara. — Gostaria de fazer um reparo inicial quanto à estruturação desta sessão; no meu entender, o assunto deveria ser abordado em conjunto, num só trabalho pelo pediatra e pelos psiquiatras e não dividido em o ponto de vista do pediatra e do psiquiatra, pois essa cli-

vagem da medicina não poderia ou deveria existir. O pediatra, pela própria formação, pensa inicialmente nos distúrbios do sono condicionados por causas orgânicas e só posteriormente naqueles de origem psicológica, porque as primeiras são mais comuns e de investigação mais fácil.

Fator de destaque, abordado com grande profundidade, que relembria sua importância, é o fator constitucional.

O Dr. Yahn diz ser o segundo ano de vida da criança aquele em que há o despertar do ego, ano em que tudo acontece ou concorre para o desenvolvimento psicológico da mesma. O que realmente existe é a supervalorização e supersolicitação emotiva da criança no primeiro ano de vida, de modo que acontecimentos normais, como o nascimento de outro filho, sem o devido preparo para tal, desencadeiam — quando há terreno propício — distúrbios psicológicos. O Dr. Krynski diz ser a criança espelho de uma família; na verdade, é o espelho de duas famílias.

Em qualquer perturbação do sono é necessário investigar sempre os componentes orgânico e psíquico. De modo geral, quanto mais jovem a criança, maior ou único será o componente orgânico e o inverso dar-se-á caso tenha ela mais idade.

Os primeiros frutos da hipersolicitação e hiperexcitação da criança pequena aparecem entre 3 e 4 meses de idade, como perturbações do sono, manifestação que mais esgota a família e acarreta o desajustamento da família-criança.

DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 8 de abril de 1957

Presidente: Dr. Haroldo de Azevedo Sodré


Estudo anatomo-patológico dos chamados "cistos dermóides sacrococígeos". Dr. José Donato de Próspero. — As lesões tumorais da região sacrococígea, quando estudadas à luz da anatomia patológica, evidenciam três tipos de processos, que são, por ordem de frequência: a) *inflamatórios*; b)

anomalias de desenvolvimento da pele ou dos anexos da região; c) *teratomas*. Evidentemente, esta divisão dos processos segue mais uma orientação didática, já que eles frequentemente estão associados.

Clinicamente, são na grande maioria dos casos rotulados como cistos

Tricainal

M. R.



*Uma nova
fórmula C I B A
para o tratamento
eficaz de*

**Hemorróidas
Prurido anal
Prurido vulvar**

POMADA CREMOSA

SUPPOSITÓRIOS

PRODUTOS QUÍMICOS C I B A S. A.

dermóides os aumentos de volume locais. O exame anátomo-patológico mostra, porém, aspectos bem diversos. Nosso material compreende um levantamento dos casos do Serviço de Anatomia Patológica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde são examinadas sistematicamente todas as peças retiradas no Centro Cirúrgico daquele hospital e no Hospital dos Comerciários, onde seguimos a mesma orientação. Assim é que, em cerca de 20.000 biopsias realizadas na Santa Casa, 46 foram de processos patológicos da região sacrococcígea, todos rotulados pelos clínicos como cistos dermóides. O estudo anátomo-patológico, porém demonstrou que apenas um destes casos era realmente desta natureza, já que nos demais, ao exame histológico, encontramos sempre um processo inflamatório que determinou a sintomatologia e levou o paciente à intervenção cirúrgica; este processo varia desde a formação de um abscesso com todas as suas características, até uma reação inflamatória crônica em cicatrização, com acentuada proliferação conjuntiva no derma, às vezes permanecendo um trajeto fistuloso. Em grande parte dos casos, trata-se de processo inflamatório crônico de corpo estranho (em geral, pêlos ou ceratina), constituído por acúmulo de células gigantes multinucleadas, acompanhadas de proliferação conjuntiva e infiltrado linfoplasmocitário; às vezes, a intensidade do processo sugere lesão inflamatória pura, mas, se examinarmos atentamente com diversos cortes, veremos que sempre há uma alteração prévia da estrutura histológica da região, variável de um caso a outro.

Os processos inflamatórios e as anomalias de desenvolvimento da pele e dos anexos constituem a grande maioria do material examinado. Em geral, os processos inflamatórios assinalados se instalam em consequência de anomalias regionais, isto é, invaginação da pele, cistos epidermóides, glândulas anexas mal formadas, hérnias de tecido da medula, representadas pela leptomenínge, acompanhada ou não de tecido medular ou de raízes, todos sugerindo sempre tratar-se de coristomas, ou melhor, tecidos embrionários deslocados de sua

posição. Dêse modo, temos o terreno para o desenvolvimento dos processos inflamatórios, por serem locais menos resistentes, isto é, zonas sensíveis. Em grande número destes casos, melhor observados, poderemos comprovar a presença de espinha bifida oculta que em certos casos, se manifesta externamente apenas como um tufo de pêlos na região ou mesmo anomalias vasculares superficiais.

Os teratomas, teoricamente, podem ser encontrados em qualquer lugar do organismo. Na prática, porém, são eles mais freqüentes nos ovários, no tórax e na região sacrococcígea. — Três tipos são encontrados: simples, embrionários e adultos (cisto dermóide composto). Os simples são apenas cistos revestidos por epitélio pavimentoso de aspecto rudimentar e com a cavidade cheia de pêlos e ceratina; os embrionários ou sólidos formam um conglomerado de estruturas rudimentares com arranjo organóide; os teratomas adultos ou cistos dermóides compostos são constituídos por um cisto que apresenta na superfície interna uma saliência (promontório), onde se encontram as estruturas organóides, e o restante da cavidade é ocupado por pêlos e material sebáceo. Encontramos também, às vezes, os chamados hamartomas, isto é, mistura desordenada de tecidos embrionários sem arranjo organóide. Nas 1.400 autópsias realizadas na Santa Casa tivemos um caso de hamartoma com transformação maligna de um dos elementos, desenvolvendo-se metástases em todos os órgãos.

Outros processos também encontrados na região e até certo ponto freqüentes, são as hérnias medulares lombares, denominadas comumente espinha bifida cística. Além disso a região pode também ser sede de cordomas, desenvolvidos à custa dos restos da corda dorsal; estes geralmente são malignos.

Concluindo, com a nossa experiência de numerosos casos e ainda consultando a bibliografia sobre o assunto podemos dizer que o cisto dermóide sacrococcígeo só em raros casos coincide, do ponto de vista anátomo-patológico, com o diagnóstico clínico: 1) porque cisto dermóide com os carac-

teres do teratoma adulto ou embrionário raramente é encontrado; 2) quando cisto, em geral não é dermóide e sim epidermóide, isto é, aqueles comumente rotulados como cistos sebáceos; 3) em cada caso, o diagnóstico exato só poderá ser feito após exame anátomo-patológico e somente assim teremos interpretação certa do caso.

Tratamento dos pilomas sacrococcígeos. Drs. Luiz Edmundo Ribeiro de Mendonça e Manoel G. Reis Salvador. — Os autores fazem revisão da literatura no que tange às causas das recidivas da cirurgia do piloma sacrococcígeo. Admitem que as recidivas estão condicionadas a dois fatores primordiais: a) permanência de restos

da anomalia na ferida operatória; b) infecção da ferida operatória.

Apresentam casuística de 15 casos, sem recidivas, tratados por método de fechamento primário, pelo qual, com adoção de determinados cuidados técnicos, conseguem diminuir ou eliminar alguns dos óbices deste tipo de cirurgia. Assim, extirpam todo o sinus pilonidal e a fascia sacra aderente ao mesmo. Por meio de três pontos de sêda n.º 2 colocados a 3 cm das bordas da incisão cutânea e fixados profundamente no restante da fascia e no periósteo do sacro; com o auxílio de três roletes de gaze conseguem diminuir o espaço morto. Aconselham a observância de determinados cuidados para que as recidivas desçam a níveis bem mais baixos.

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA

Sessão em 22 de abril de 1957

Presidente: Dr. Antônio Carlos de Campos Junqueira

Indicações da cirurgia nas afecções tireoidianas. Dr. Palmiro Rocha. — Consideraremos três grandes capítulos da patologia tireoidiana: inflamações, bócios e tumores.

No que se refere às *inflamações*, de vemos considerar dois grupos: inflamações agudas e inflamações crônicas. As inflamações agudas podem ser de dois tipos: supurativas e não supurativas. A inflamação aguda supurativa pode instalar-se em uma glândula previamente normal, isto é, sem bócio, donde a denominação de tireóidite supurativa; pelo contrário, quando se assesta em um bócio, nódulo em geral, denomina-se estrumite (ocorrência mais freqüente). No que diz respeito à tireóidite aguda não supurativa, não há acordo entre os autores quanto à etiologia: origem palúdica ou reumatismal (De Quervain), natureza bacteriana (Hertzler), a vírus (Crile Jr.). Seja qual for o agente etiológico, parece-nos que a evolução clínica da tireóidite aguda não supurativa é bem diversa da supurativa. Não devem ser ambas consideradas como fases diferentes do mesmo pro-

cesso; parece que a aguda não supurativa nunca tende a evoluir para um processo de supuração; ela atinge a tireóide por inteiro, ao contrário da aguda supurativa, que em geral é localizada em um lobo ou em um nódulo, raramente no istmo. Indicação cirúrgica *a)* Na tireóidite, aguda não supurativa a indicação cirúrgica só é feita excepcionalmente. *b)* Na tireóidite ou estrumite supurativas a indicação cirúrgica é absoluta: drenagem precoce e ampla. A necessidade da tireoidectomia complementar deve ser avaliada, principalmente nas estrumites.

Entre as inflamações crônicas da tireóide dois tipos devem ser considerados: a inflamação crônica tipo Riedel e o estruma de Hashimoto. As inflamações específicas, como a tuberculosa e a goma sifilítica, são muito raras. A indicação cirúrgica nos casos de inflamação crônica da tireóide se impõe, principalmente no sentido de evitar a asfixia do paciente, dado que a tendência do processo é a de englobar todas as estruturas do pescoço, formando um só bloco, de

maneira a levar o doente, progressivamente, à asfixia por estrangulamento das vias aéreas. São operações em geral limitadas (tireoidectomias parciais ou simples istmectomias), de técnica difícilíssima pela ausência de planos de clivagem para a dissecação e, conseqüentemente, muito sujeitas a complicações, tais como paralisia dos recorrentes e hipoparatiroidismo.

Dividiremos os bócios em dois grupos: a) bócios simples, isto é, sem hipertireoidismo; b) bócios tóxicos, acompanhados de sinais e sintomas de hipertireoidismo. Em ambos os casos poderemos ter bócios difusos ou nodulares (uni ou multinodulares). Indicação cirúrgica — a) no bório simples, difuso, a indicação cirúrgica obedece mais à questão da estética. Em geral, são bócios de consistência elástica, atingindo a glândula como um todo e raramente produzem sintomas locais de compressão. São característicos de indivíduos provenientes de zona endêmica de bório. A ressecção glandular, neste caso, não deve ser excessivamente ampla, não pecando pelo contrário, pela economia, dado que nesta eventualidade correr-se-ia o risco de recidiva do bório. Seria de todo aconselhável a administração de medicamentos iodados ou da própria tireóide dessecada aos pacientes operados principalmente aqueles que, após a intervenção voltassem a residir nas zonas endêmicas. b) A propósito do bório simples uninodular dever-se-ia discutir o problema da maior ou menor incidência de câncer na tireóide, originário do nódulo solitário dessa glândula. São bastante conhecidas e significativas as estatísticas referentes à questão: Cole e col. referem 24,0%; Crile Jr., 24,5% e Ward, 15,6%. Nos nódulos solitários da tireóide até o momento, a indicação cirúrgica é absoluta em todos os casos, baseando-se na incidência de câncer nesses nódulos. Entretanto, autores como Sloan (1955) negam a transformação de bócios uninodulares em câncer. Nossa orientação com respeito aos nódulos da tireóide ainda é a de indicação cirúrgica o mais precocemente possível. A simples enucleação do nódulo, tentadora pela sua simplicidade técnica, deve ser condenada; quando o nódulo é pequeno,

tomando apenas uma parte do lobo tireóideo, deve ser feita ressecção em cunha, de maneira a extirpar o nódulo e mais uma boa porção tecido macroscopicamente não afetado pelo processo; quando o nódulo é maior, ocupando praticamente todo o lobo da glândula, a melhor técnica é a de hemitireoidectomia total; evidentemente, esta é uma intervenção sujeita a maiores riscos e que exige maiores conhecimentos técnicos (lesão do recorrente, extirpação da paratireóide). c) No bório simples multinodular, a indicação cirúrgica para uma ressecção se impõe quando o volume do bório atingir grandes dimensões (estética) ou quando houver sintomas locais de compressão dos órgãos do pescoço. Excetuadas essas duas condições, a indicação cirúrgica é relativa, desde que nenhum dos nódulos não apresente sinais locais de degeneração carcinomatosa, tais como consistência maior, crescimento mais rápido e fixidez. Estando o doente em observação, logo que um desses sinais se manifeste, a indicação cirúrgica deixa de ser relativa para se tornar absoluta e de necessidade imediata; o tipo de intervenção a ser realizada será a tireoidectomia subtotal. d) No bório tóxico difuso (moléstia de Graves-Basedow) somos partidários do tratamento cirúrgico. Uma vez preparado o doente, bem compensado o hipertireoidismo, preconizamos a tireoidectomia subtotal ampla, isto é, a ressecção deve ser quase total, deixando-se apenas 2 a 3 g de parênquima glandular em cada lobo. São operações de técnica trabalhosa, seja pela hemorragia ou pela friabilidade da glândula, nas quais os cuidados devem ser redobrados no sentido de se evitar complicações pós-operatórias. e) Quanto ao bório tóxico nodular, cumpre salientar o chamado adenoma tóxico. Com o advento do iodo radioativo já se pode realizar uma intervenção seletiva por assim dizer, porquanto a extirpação pura e simples do adenoma hiperfuncionante levará o paciente à cura do hipertireoidismo. É operação mais simples e menos sujeita aos riscos da tireoidectomia subtotal, que se fazia antes do uso desse isótopo.

Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets

A-VI-PEL
D-VI-PEL
A-D-VI-PEL
POLI-VI-PEL
VITSALMIN

Emulsões

A-D-BOM
EMULVIT



No grande capítulo da indicação cirúrgica dos bócios, algumas situações especiais devem ser consideradas. No bócio intratorácico, a indicação cirúrgica se impõe pelas várias complicações que produz: estase venosa na face, pescoço e tórax; dificuldade respiratória provocada por compressões ou deslocamentos da traquéia; perturbações na voz por lesão do recorrente (menos frequente); a necessidade ou não da esternotomia para a ressecção do bócio dependerá do grau de penetração do mesmo, bem como do crescimento intratorácico. Na tireóide sublingual (ocorrência pouco frequente), a extirpação se impõe, principalmente pela perturbação da deglutição e da respiração. O problema do hipertireoidismo e gravidez com certa frequência terá que ser resolvido pelo cirurgião. Qual a conduta: tireoidectomia ou não? Somos de parecer que o melhor é preparar a doente no sentido de compensar o hipertireoidismo (derivados do tiouracil) e realizar a tireoidectomia, principalmente nos 4 primeiros meses de gestação. É conveniente ministrar tireóide seca à paciente, no pós-operatório, a fim de se evitar que o feto nasça com bócio pela hiperplasia provocada em sua tireóide pelo derivado do tiouracil.

Na indicação cirúrgica dos tumores malignos da tireóide, algumas condições devem ser estudadas antes de se decidir qual o tipo de intervenção a realizar (critério de operabilidade): a) Tipo do tumor. É sabido que o adenocarcinoma papilífero da tireóide, dentre os tumores malignos que afetam essa glândula, é o de mais baixa malignidade e que o paciente pode evoluir anos a fio sem maiores complicações; dá metástases por via linfática, principalmente para os gânglios laterais do pescoço e muitas vezes são estes que chamam a atenção do doente ou do médico (tireóide lateral aberrante). Não raramente, o tumor primitivo é dificilmente ou mesmo não palpável e só o exame histológico demonstrará a sua presença. b) Existência de metástase à distância (ossos, órgãos parenquimatosos). c) Condições locais: fixidez do tumor, compressão das vias aéreas e digestivas, inva-

são dos recorrentes dando paralisia das cordas vocais.

A indicação cirúrgica será "curativa" ou paliativa. Em caso de extensas metástases à distância, na vigência de tumoração fixa aos órgãos do pescoço, principalmente traquéia, produzindo grande dificuldade respiratória, a indicação que se impõe evidentemente será de natureza paliativa, visando tão somente a desobstruir as vias respiratórias, permitindo ao paciente morte "mais humana". A operação constará, então, de istmectomia ou lobectomia parcial, complementada pela traqueostomia definitiva. São operações muito trabalhosas e inteiramente atípicas, porquanto visam apenas a melhorar as condições respiratórias do paciente que, de outra forma, caminharia fatalmente para a asfixia.

As operações "curativas" devem constar, segundo entendemos, de extirpação total da glândula tireóide, complementada pelo esvaziamento ganglionar radical do pescoço, inclusive da fossa supraclavicular, do lado afetado pelas metástases tumorais. A extirpação deve obedecer ao critério de monobloco. Na peça cirúrgica deverão ser incluídos os músculos pré-tireóideos, o esternocleidomastóideo, a veia jugular interna, além do conteúdo da fossa supraclavicular. As vias de acesso utilizadas variam com as preferências do cirurgião. Alguns problemas se estabelecem na dissecação radical do pescoço, por câncer da tireóide, e um deles é o seguinte: deve ou não ser respeitado o nervo espinhal, tendo-se em vista a deformidade do ombro? Aachamos que a resposta depende do critério de radicalidade operatória adotado pelo cirurgião. A dissecação do espinhal, em nossa opinião, é trabalhosa e a preservação do mesmo compromete a operação no que diz respeito ao seu caráter radical. Por isso, nossa conduta é a extirpação desse nervo, junto com o bloco, ficando para segunda plana a deformidade do ombro, que muitas vezes não é tão antiestética quanto poderia parecer. A dissecação radical do pescoço, bilateral, poderá ser feita em dois tempos, isto é, com um intervalo entre um e outro lado, para se evitar que a estase venosa na cabeça seja in-

Eledon

PODER
TAMPÃO
DO
LEITE

ACIDEZ IDEAL DO ESTÔMAGO
PARA DIGESTÃO ÓTIMA

ÁCIDO
LÁCTICO
DO
LEITELHO

ÁCIDO
CLORÍDRICO
DO SUCO
GÁSTRICO

uma especialidade



ÁCIDO LÁCTICO + ÁCIDO CLORÍDRICO — PODER TAMPÃO DO LEITE = ACIDEZ IDEAL

tensa e bruscamente estabelecida, porquanto as principais vias de escoamento do sangue, que são as veias jugulares internas, deverão ser sacrificadas.

Por fim, cumpre-nos mencionar a indicação para a tireoidectomia total com a finalidade de permitir a detecção de metástases tumorais à distância, através do iodo radioativo, pela hiperplasia e hiperfuncionamento das mesmas pela solicitação do organismo, na ausência da tireóide tóxica.

Indicação do iodo radioativo no diagnóstico e tratamento das afecções tireoidianas. Dr. Camillo Segreto. — Em medicina utilizam-se os isótopos radioativos no tratamento e principalmente na pesquisa e no diagnóstico de várias moléstias. No caso das afecções tireoideanas, emprega-se o iodo radioativo, em nosso meio o I^{131} . Devido à propriedade física desse elemento de emitir radiações α e β , a sua utilização se faz duplamente, quer para o diagnóstico, quer como terapêutica das afecções da tireóide, aproveitando-se a captação eletiva desse elemento pela glândula. Conhecendo-se as possibilidades desse isótopo e utilizando-se métodos de detecção especializados, podemos reconhecê-lo nos vários estádios de seu ciclo metabólico. Pode reconhecer-se em determinado tempo o seguinte: a) a captação do iodo pela tireóide; b) sua eliminação pelo rim, detectando-se o iodo na urina; c) o iodo circulante, ligado ou não a proteína; d) a forma e o tamanho da tireóide, bem como a distribuição do elemento radioativo na própria glândula e a existência de contrações do elemento em outros setores do organismo. Com o iodo radioativo obtêm-se dados sobre o funcionamento da tireóide, o que não se consegue com outros métodos. Cooper considera a captação de iodo pela tireóide um dado diagnóstico de maior crédito que o metabolismo basal e a taxa de colesterol. Com os dados referidos acima consideramos a prova com o iodo radioativo um meio seguro para o conhecimento do estado funcional da tireóide, possibilitando um diagnóstico mais acertado que com qualquer outro exame.

A prova é inócua e pode ser realizada em jovens e adultos de ambos os sexos, por ser mínima a quantidade necessária de elemento radioativo. Na gravidez, o resultado seria alterado pela modificação funcional da glândula. Considerando-se que somente 15% das lesões malignas da tireóide captam iodo, pode-se, em glândula intacta que apresente ao levantamento radioativo da região cervical zonas de não captação, fazer a suposição de ser ela maligna. No caso de lesão metastática captante, o seu diagnóstico pela prova com isótopo é possível, antes de produzir sintomas e mesmo de ser evidenciada por estudo radiológico. A prova deve ser realizada não estando a tireóide sob ação de anti-tireoidianos nem de iodo estável, pois estes alteram os resultados, não se obtendo elementos que traduzam o funcionamento original da glândula.

Não vemos contra-indicação na realização da prova e a consideramos como complemento de real valor em qualquer estudo dos distúrbios da tireóide. A sua realização se torna necessária no caso de tratamento pelo I^{131} das afecções tireoidianas, malignas ou não, pois fornece dados para o cálculo da dose a ser administrada nos casos de hipertireoidismo, e a possibilidade terapêutica nos casos de câncer.

Na terapêutica das afecções tireoidianas malignas ou não, de maneira geral, indica-se o iodo radioativo. Esse elemento vem sendo empregado, desde 1941, no controle do hipertireoidismo, com resultados satisfatórios. A isotopoterapia alcançou situação semelhante à dos demais meios de tratamento já reconhecidos (o cirúrgico e medicamentoso) para o hipertireoidismo. A indicação no tratamento do hipertireoidismo pelo hipertireoidismo pelo iodo radioativo se faz: a) nos pacientes acima de 40 anos de idade; b) nos casos de intolerância às drogas antitireoidianas; c) nos casos de falta de resposta a essas drogas; d) nas recidivas cirúrgicas; e) nas contra-indicações cirúrgicas. Contra-indicam o I^{131} : a) na gravidez; b) nos jovens. A restrição em relação à idade se faz pela possibilidade da cancerização pós-irradiação; até esta data nenhum caso de cancerização foi

assinalado após tratamento pelo iodo radioativo; nos Estados Unidos da América do Norte cerca de 40 indivíduos jovens foram submetidos à isotopoterapia em vista da impossibilidade de outro tratamento. Em relação à gravidez, Hodges informa ter submetido à isotopoterapia pelo I^{131} paciente grávida, estando a tireóide fetal em condição de captar iodo; nasceu uma criança normal. Há uma tendência para dividir em dois grupos os pacientes hipertireoidianos passíveis de tratamento pelo iodo radioativo: a) pacientes com mais de 40 anos de idade, sem bócio ou com bócio até cerca de 100 g; b) pacientes de qualquer idade com persistência ou recidiva pós-cirúrgica. Clark e Rule não indicam o I^{131} nos casos de hipertireoidismo uninodular e nos bócios nodulares ou difusos não tóxicos.

Nos casos de lesões malignas, o tratamento está relacionado com a possibilidade de captação do elemento radioativo em percentagem que justifique seu emprego. Em casos de lesões malignas de pouca captação pode-se aumentá-la pela administração de antitireoidianos e de hormônio tireotrófico. Esse preparo prévio pode elevar a captação do I^{131} a um teor suficiente para agir como meio terapêutico. Nos casos de lesões metastáticas, estas se comportam em relação à captação de modo semelhante ao tumor primitivo; porém, devemos suprimir todo tecido tireoidiano normal, pois o elemento radioativo iria se concentrar no mesmo, impossibilitando concentração terapêutica do isótopo nas lesões metastáticas.

Indicações da radioterapia nas afecções tireoidianas. Dr. Carlos de Campos Pagliuchi. — O extraordinário aperfeiçoamento verificado em todos os setores da cirurgia, bem como o emprego de novas drogas, tais como o tiouracil e o iodo radioativo, vieram reduzir consideravelmente as indicações da roentgenterapia nas afecções tireoidianas. Se nós considerarmos que o efeito biológico sobre o tecido tireoidiano é praticamente igual, qualquer que seja o tipo de radiação, e que a tireóide tem a propriedade de captar quase a totalidade do iodo in-

troduzido no organismo, vemos que, pelo menos teoricamente, o emprego do I^{131} representaria a maneira mais eficaz de tratamento pelas radiações das moléstias daquele órgão, se não fosse principalmente a circunstância de nem sempre a captação do iodo se fazer satisfatoriamente.

Desde os primórdios da roentgenterapia ficou estabelecido o conceito de que esse recurso era formalmente contra-indicado no tratamento do hipotireoidismo e do bócio nodular, sem hiperfunção; atualmente, essa contra-indicação se estende a qualquer tipo de bócio nodular, hiperfuncionante ou não, dada a possibilidade de ser ponto de partida para uma neoplasia maligna.

A roentgenterapia pode ter indicação em três grupos de afecções tireoidianas: hipertireoidismo, tumores malignos e tireoidites.

No tratamento dos hipertireoidismos há uma séria concorrência entre os quatro métodos terapêuticos: cirurgia, quimioterapia, roentgenterapia e isotopoterapia. Torna-se muito difícil estabelecermos categoricamente qual desses recursos seria o tratamento de escolha, pois todos eles podem apresentar elevadas percentagens de cura, ao lado de riscos, inconvenientes e fracassos. Apenas como exemplo podemos citar aqui uma estatística de Hare e Saltzman, com 20 casos de hipertireoidismo recidivado após a cirurgia e tratados subsequentes pelos raios X: 18 (90%) se tornaram assintomáticos num período médio de observação de 7,2 anos. Os cirurgiões naturalmente apresentam estatísticas noutro sentido, mostrando a cura cirúrgica de casos recidivados após irradiação. Temos a impressão de que a escolha da melhor terapêutica para o hipertireoidismo deve ser orientada de acordo com o grau de gravidade da afecção e uma ordem crescente de agressividade para o paciente: quimioterapia, radiações, cirurgia. As afirmativas de que a roentgenterapia dificulta uma intervenção posterior ou, vice-versa, que nos casos de recidivas cirúrgicas o emprego dos raios de Roentgen não pode ser feito satisfatoriamente, não se justificam, ao levarmos em conta que a dose de raios

X necessária ao tratamento do hipertireoidismo não deve atingir um valor capaz de comprometer de qualquer maneira as estruturas vizinhas, como acontece na roentgenterapia antineoplásica (Monchaux, Groover, Christie). A radioterapia (roentgen ou I^{131}) tem sua melhor indicação nos casos de hipertireoidismo de pequena ou mediana gravidade, que não respondem satisfatoriamente à terapêutica medicamentosa e nos quais uma demora no aparecimento dos resultados não acarreta consequências danosas ao paciente. Muito mais delicada é a opção entre as duas formas de radioterapia, pois, embora pareça mais racional o emprêgo do isótopo radioativo, vários autores acreditam numa ação dos raios X também sobre o simpático, responsável por várias manifestações na moléstia de Basedow. Além disso, tendo sido aventada a hipótese de uma possível ação sobre as gônadas produzindo mutações e de "indução" de malignidade por parte do I^{131} , considera-se geralmente mais prudente o emprêgo dessa fonte radiante nos casos de mais de 40 anos de idade, dando-se preferência aos raios X nos pacientes mais jovens. Parece-nos também ser mais fácil o controle do efeito na roentgenterapia, pois em todas as estatísticas de casos tratados pelo I^{131} observamos uma pequena percentagem de redução excessiva da atividade glandular, conduzindo a um estado de mixedema. Outra indicação para a roentgenterapia, particularmente nos bócio e acompanhados de marcada exoftalmia, consiste na irradiação da hipófise com doses bastante elevadas, antes da tireoidectomia; com isso, na opinião de vários autores, seria obtida maior regressão dos sintomas oculares. Experimentamos o método em um caso apenas, porém o resultado satisfatório justifica um estudo mais acurado da questão.

Em relação aos tumores malignos, nós consideramos como primeira indi-

cação a cirurgia; os tipos de neoplasias radiosensíveis podem ser tratados pelas radiações, porém de preferência com I^{131} , desde que haja captação do iodo. A roentgenterapia, como terapêutica exclusiva, atualmente só encontra indicação nos casos inoperáveis; nessas circunstâncias podemos considerar duas alternativas em relação ao conceito de inoperabilidade a extensão da moléstia ou uma contra-indicação cirúrgica de outra natureza. No primeiro caso a radioterapia deve ser tentada apenas com finalidade paliativa, ao passo que no segundo, pode haver possibilidade de êxito pela roentgenterapia radical. As lesões cancerosas da tireóide justificam realmente sempre a roentgenterapia pós-operatória, como medida de maior segurança. As metástases ósseas do câncer tireoidiano do mesmo modo podem ser tratadas pelos raios de Roentgen de duas maneiras — paliativa ou radical — de acordo com a persistência ou não da lesão primitiva.

As tireoidites também podem ser, conforme o tipo, beneficiadas com a roentgenterapia. As formas agudas e subagudas, quando específicas, têm nos modernos antibióticos um meio extremamente eficaz de tratamento e, quando supuradas, exigem drenagem cirúrgica. A roentgenterapia tem sua melhor indicação em certas formas inespecíficas, provavelmente a vírus, nas quais a ação dos antibióticos é pouco eficiente. A moléstia de Hashimoto, com um quadro histopatológico mostrando intensa infiltração linfóide, apresenta um grau de radiosensibilidade mais ou menos elevado, podendo obter-se bons resultados com a roentgenterapia, embora eles não sejam geralmente permanentes. Na Moléstia de Riedel, dada a extrema fibrose existente, os raios de Roentgen não apresentam qualquer ação benéfica.

"A Cirurgia no Sanatório São Lucas"

2 volumes

Preço Cr\$ 700,00

A vida por um fio...

... A ciência, a destreza e a
experiência do cirurgião se
juntam para salvar uma vida.

★

*Sòmente as melhores
suturas são dignas
dêsse esforço*



O Catgut Davis & Geck oferece:

- * Tempo de absorção rigorosamente calculado
- * Maior resistência à tensão
- * Máxima flexibilidade
- * Nós extremamente firmes
- * Traumatismo e reação mínimos
- * Esterilidade absoluta

★

*Fornecido com ou sem agulhas "Atraumatic" especialmente
criada para uso cirúrgico.*

Davis & Geck, Inc.

A UNIT OF AMERICAN CYNAMID COMPANY

One Casper Street, Danbury, Connecticut, U.S.A.

DIVISÃO DE PRODUTOS CIRÚRGICOS

CYANAMID QUÍMICA DO BRASIL S/A.

Rua Lavapés, 326 - Telefone 34-2938 - São Paulo, Brasil

Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 15 de junho de 1956

Presidente: Dr. Luis Branco Ribeiro

A cirurgia no paciente idoso Dr. Paulo Rebocho. — O orador falou de sua experiência e da estatística do Sanatório São Lucas, que pode ser posta em cotejo favorável com a dos melhores centros cirúrgicos. Discorreu depois sobre o exame clínico no paciente idoso, acentuando o valor da apreciação da função dos vários sistemas. Deveu-se na exposição das afecções do sistema circulatório no indivíduo idoso, mostrando a sua influência no risco operatório. Fêz considerações sobre o preparo preoperatório. Nos casos de enfarte, o doente não deve ser submetido a uma intervenção nos três primeiros meses. Referiu-se aos tossidures crônicos, com insuficiência respiratória. O iodeto de potássio e o cortone tem aí sua indicação. A hipotensão prolongada, deve ser evitada na anestesia. O problema da diabeta foi apresentado com minúcia. A hidratação do velho em um serviço cirúrgico merece cuidados especiais, devendo falar sobre o assunto em próxima ocasião.

O dr. Moacyr Boscardin referiu-se à anestesia no paciente idoso. O sistema nervoso do velho apresenta reações mais lerdas, o aparelho cardiovascular é comprometido, criando condições especiais para os cuidados da anestesia. Não vê inconveniente

na potencialização anestésica no velho. Não gosta do uso do éter na idade avançada. A novocaina endovenosa.

A seguir o dr. Paulo Bressan apresentou um relatório sobre os pacientes idosos internados no Sanatório São Lucas. A mortalidade foi de 8,7% sobre 1.346 pacientes — 6,5% em operados (1.066 com 88 mortes. Não operados 280 com 30 mortos, isto é: 10,7%). O câncer forneceu o maior contingente de doentes; a hérnia em segundo lugar; Nas colecistites houve cerca de 5% de mortes. A úlcera duodenal deu cerca de 7% de mortalidade; a gástrica cerca de 9%.

O dr. Paulo Rebocho salientou o valor do levantamento da estatística feita; mostrou como o serviço clínico dentro de um hospital de cirurgia pode catalogar umas tantas enfermidades que escapou ao diagnóstico feito pelo cirurgião.

O dr. Waldemar Machado encareceu o valor do serviço clínico e mostrou o valor do fichário clínico nos moldes do que é feito no Sanatório São Lucas referiu-se à pronúncia da palavra anoxia, que está sendo erroneamente dita anóxia.

O dr. Eurico Branco Ribeiro fêz considerações sobre a estatística apresentada e sobre o conceito de mortalidade.

Sessão em 24 de junho de 1956

Presidente: Dr. Luis Branco Ribeiro

Bócio. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. — O A. apresentou uma estatística de intervenções sobre a tireóide no Sanatório São Lucas durante os últimos dez anos.

Foi salientado, pelo Dr. Paulo Bressan, a raridade do câncer da tireóide nos portadores de bócio internados no Sanatório São Lucas. O dr. Ferdinando Costa não sabe explicar essa raridade.

Foi indagada, pelo Dr. Gideon de Oliveira, a concomitância com a moléstia de Chagas, comum nas margens do São Francisco.

O dr. Moacyr Boscardin referiu-se aos resultados da cirurgia no bócio tóxico, como também registrou um caso de tetania no posoperatório imediato.

O dr. José Saldanha Faria referiu-se à tireóide aberrante e seus tumo-

res e salientou também a dificuldade do reconhecimento das paratireóides.

O dr. Jacyr Quadros citou 2 casos de câncer da tireóide diagnosticados por metástases ósseas.

Sobre o bócio intratorácico falou o dr. Gideon de Oliveira. O dr. Ferdinando Costa referiu que é tão delicado o diagnóstico de câncer da tireóide que os analistas se recusam de fazê-lo mediante cortes de congelção.

Hibernoma. Drs. Moacyr Boscardin e Ferdinando Costa. — Os AA. apresentaram um caso de hibernação.

A história clínica foi apresentada pelo Dr. Moacyr Boscardin e o dr. Ferdinando Costa expôs o aspecto anatómopatológico, salientando que só três casos foram até agora publicados no Brasil. Em 90% dos casos esses tumores se localizam na fossa supraclavicular e axila. Confundem-se com o lipoma macroscopicamente mas têm estrutura histológica típica.

O dr. Eurico Branco Ribeiro focalizou a questão da nomenclatura da lesão explicada como semelhante à glândula de hibernação que certos animais possuem ao nível do pescoço, podendo-se lembrar que seja um resquício filogenético.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos Médicos Municipais, Vol. IX, n.º 1 e 2, janeiro — junho de 1957. Pesquisa de proteína reativa C na hepatite infecciosa — Drs. Moacyr Pádua Vilela, Sérgio D. Giannini, Rubens Xavier Guimarães, José Raulino da Silveira e Luiz Gonzaga Pinto Moreira; Deficiência em vitaminas do complexo B — Dr. Francisco dos Santos Rodrigues; Sobre o emprego do fosfato de tetraciclina associado ao sulfametizol no tratamento das infecções urinária — Drs. Osiris Magalhães de Almeida e Gelson Arantes Lima; Observações sobre o emprego de uma associação de antibióticos em infecções cutâneas piogênicas — Drs. Gentil S. Andrade e Zélia Marques Cruz.

Boletim Informativo (Suplemento da Revista Paulista de Medicina) n.º 11, novembro de 1957. Sindicalização de servidos público; Normas para o exercício da psicanálise; Oportunidade entre médicos.

Diabetes. Ano 1, n.º 2, abril, maio, junho de 1957. A descoberta da Insulina. Um esboço histórico — Prof. Emílio Mattar; Diabéticos! Cuidado com as zonas de injeção! Traduzido por permissão especial da ADA Fore-

cast, publicação da American Diabetes Association, Inc.; As drogas anti-diabéticas por via oral — Dr. Francisco Arduino; Como vive um diabético — Eng.º Mariano J. M. Ferraz; O emprego de sulfamidas anti-diabéticas em comprimidos no tratamento do Diabetes. Uma comparação com a Insulina — Prof. Emílio Mattar; Cardápios; Noticiário da A. B. D. e outras associações congêneres no país e exterior.

Pediatria Prática — Vol. XXVIII, fasc. 9, setembro de 1957. O ensino de pediatria no curso médico — J. R. Woiski; Doença celíaca — Osvaldo A. Meng, Mauro Zucato, Rhomes J. A. Aur; Desnutrição — C. Bueller Souto; Extrato escaridiano e provas cutâneas — O. Henrique da França.

Publicações Médicas — Ano XXIX, n.º 199, Amiloidose sistemática primária com envolvimento nodular pseudotumoral do coração — A. M. Silvany Filho; Terapêutica neurológica em psiquiatria — Ivan Ribeiro e Antônio Ribeiro da Silva; O anti-moniato de N-metil-glucamina no tratamento do calazar — Nuno Cordeiro Ferreira e Humberto Brito Avô.

Revista do Hospital Matarazzo, Vol. X, n.º 1 e 2, janeiro e abril de 1957. Uma nova especialidade: A cirurgia das vias biliares — Dr. Salomão A. Chaib. Symposium sur la Chirurgie des Voies Biliares — P. Mallet-Guy; Forcipe profilático, falhado e de prova — Drs. José Gallucci & Carlos Alberto Salvatore; Comentários em torno de um caso de icterícia — Dr. Salomão A. Chaib; O emprêgo do extrato específico de tecidos na clínica diária — Drs. Wolfgang Weis e Salomão A. Chaib.

Revista Paulista de Hospitais, Vol. V, n.º 10, outubro de 1957. A luta contra o tracoma — Charles Wilcocks; Técnica de enfermagem de doenças transmissíveis — Wanda Alves Batista; O problema dos prematuros — Mário Nepomuceno de Freitas; O rim artificial.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 51, n.º 5, novembro de 1957. Prova de Combs: significação, possibilidades, limitações — Guilherme Mo-

reira Leite, Michel Jamra e Victor Salcedo Vegas; Aspectos da cirurgia gastrointestinal no paciente idoso. Análise de 253 operados na década 1947-1956 — Paulo Roberto Cardoso Rebocho. Paulo Giovanni Bressan, Milton Paschoalino e Yoshikiti Kanashiro; Radioterapia do retinoblastoma — Maria do Carmo O. Peres e Osvaldo Peres; Plástica vesical de aumento à custa de retalho intestinal do íleo terminal. Trabalho experimental — Afiz Sadi e Anuar Maluli; Tolerância e efeito de doses maciças de Metoquina no tratamento da teníase — Renato Costa Monteiro; Registro dos exames de peças cirúrgicas. II: Esvaziamento cervical — Humberto Torloni; Oftalmo-reação de Wolff-Eisner-Calmette. Registro de um caso grave (acidental) ocorrido no trabalho — A. C. Moraes Passos e Henrique Prudente Junqueira Reis; Sobre um caso de fistulas anais complicadas com úlceras miliares — Jorge Ayub e Manoel Lopes. Acerca do relatório radiológico — Manoel de Abreu Campanário.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Moléstias Pulmonares

Dia da Abreugrafia — Vai ser instituído o Dia da Abreugrafia e, nesse sentido, já começaram a ser adotadas medidas preparatórias por iniciativa da Associação Paulista de Moléstias Pulmonares. A comemoração, que terá caráter nacional, e, possivelmente internacional tem em mira fixar o feito técnico e médico do radiologista e fisiólogo brasileiro Manuel de Abreu, cujo método fotográfico (em substituição ao radioscópico) aplicado à radiologia pulmonar e à pesquisa da tuberculose nas grandes massas, anunciado ao meio médico brasileiro a partir de 1936, transpôs as fronteiras do nosso país.

Decidiu a referida entidade especializar a instituir o Dia da Abreugrafia e escolheu o dia 4 de janeiro (data do nascimento de Manuel de

Abreu) para a realização de diversas solenidades, que constarão de conferências, reuniões, palestras pelo rádio e televisão, e outros empreendimentos destinados a ressaltar o feito daquele médico e a assinalar a importância do seu método na luta antituberculose. "Presta assim a Associação Paulista de Moléstias Pulmonares uma justa homenagem ao eminente patriótico que criou a chamada abreugrafia".

O novo método passou a denominar-se roentgenfotografia; outros nomes, também, recebeu. Tornou-se, pois, recomendável uma uniformização e, por esse motivo, o relatório (1955) da Subcomissão de Radiologia e Exames Sistemáticos da União Internacional Contra a Tuberculose, publicado no Boletim da referida organização re-

Medicação coadjuvante
na dietética do emagrecimento

ANTIOBESINA

Fórmula por comprimido de 0,47 g:

Sulfato dexedrina	0,00250 g
Reserpina	0,00005 g
DL-Metionina	0,40000 g

★

VIDROS COM 40 COMPRIMIDOS

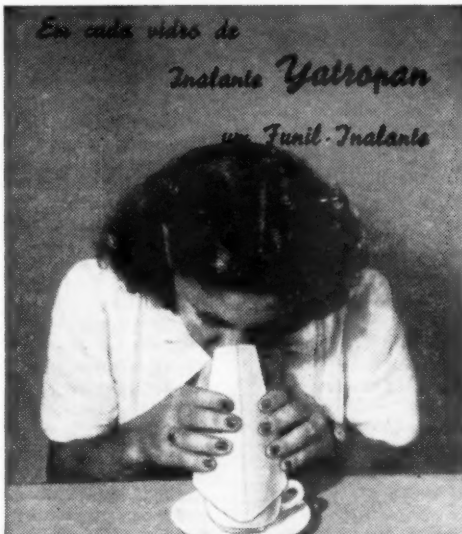
★

LABORATÓRIOS NOVOTHERAPICA S/A.

Rua Pedroso de Moraes, 977 — Fone 80-2171

SÃO PAULO — BRASIL

Em cada vidro de
Instante Yatropan
um Funil-Instante



LABORATÓRIO YATROPAN
RUA PEDROSO DE MORAES, 977 - SÃO PAULO - BRASIL
FONE 80-2171

lativo ao período de janeiro-abril daquele ano, chamou a atenção para a multiplicidade de termos usados para indicar o método de Manuel de Abreu como raio-gotografia, roentgenfotografia, fotofluorografia, schermografia, radiominiatura, radiototografia de massa etc. A fim de evitar as confusões resultantes dessa sinonímia, e de homenagear o inventor do método, recomendou a referida Subcomissão a adoção da proposta do Prof. Wegelius, que sugeriu a denominação universal de abreugrafia.

Associação Paulista de Moléstias Pulmonares designou os srs. Durval

Z. Amorim, Mozart Tavares de Lima, Filho e Silvio Lemos do Amaral para, em comissão e sob a presidência do Dr. Mário de Melo Faro tratarem da instalação do Dia da Abreugrafia e da organização das comemorações alusivas à data. Instalado o Dia da Abreugrafia, enviará a diretoria daquela entidade, esforços no sentido de que seja aquela data reconhecida e comemorada em todo o Brasil e no exterior, e ainda que a palavra abreugrafia seja adotada por todos os serviços do país e do estrangeiro e que seja oficialmente reconhecida pelas autoridades nacionais.

CONGRESSOS E CURSOS MÉDICOS

VI Congresso Panamericano de Gastroenterologia e III Jornadas da Sociedade Venezuelana de Gastroenterologia

Sua realização em Caracas — Venezuela — Sob os auspícios da Associação Interamericana de Gastroenterologia e da Sociedade Venezuelana de Gastroenterologia será realizado em Caracas — Venezuela de 8 a 16 de maio de 1958, o VI Congresso Panamericano de Gastroenterologia e a III Jornada da Sociedade Venezuelana de Gastroenterologia.

Para tão importante conclave foi escolhido o Tema Câncer do Fígado que será desenvolvido durante o Congresso da forma seguinte:

- 1.^a) Duas conferências: 1.^a Sobre Diagnóstico dos Tumores malignos do fígado. Valor dos diferentes processos (exame clínico, provas de laboratório, punção-biopsia, laparoscopia e biopsia laparoscópica, hepatografia, etc. O no diagnóstico do cancro primitivo do fígado. Valor dos diferentes processos no diagnóstico do cancro metastático do fígado.

- 2.^a) Sobre o tratamento dos Tumores malignos do fígado. Tratamento cirúrgico do cancro primitivo do fígado: indicações, seleção de pacientes, técnica, resultados. Tratamento cirúrgico do cancro metastático do fígado: indicações, seleção de pacientes, técnica, resultados. Tratamento médico dos tumores malignos do fígado.

O Comitê Executivo do Congresso pediu ao Dr. George T. Pack, dos Estados Unidos da América, que aceite o convite especial do Comitê Executivado Congresso para o desenvolvimento destas duas conferências. O Dr. Pack propôs que essas duas conferências sejam ilustradas com películas sonoras em relação a Hepatomia e métodos de diagnóstico.

Tôdas as Sociedades da Gastroenterologia do Continente poderão remeter os seus candidatos para comunicações (Temas livres) em relação com o tema, especialmente em relação com os pontos que se vão tratar nas duas conferências já citadas.

Curso de Extensão Universitária e Especialização

Sua realização no Instituto Butantã — Sob os auspícios da Reitoria da Universidade de São Paulo, o Instituto Butantã irá ministrar, no triênio de 1958/60, os seguintes cursos de extensão universitária: a) Curso Básico Experimental e b) Cursos Especializados, ambos com a duração de um ano letivo, de março a junho e de agosto a novembro. O primeiro destina-se a fornecer o necessário preparo básico aos interessados em pesquisas científicas e o segundo visa ao treinamento adequado em cada especialidade, constituindo uma das obrigações do aluno colaborar ativamente nos trabalhos da seção correspondente. O Curso Básico Experimental compreende as seguintes maté-

rias: Estatística, Bioquímica Fisiologia e Farmacodinâmica. Os cursos especializados constam de parte teórica e estágio diário integral em uma das seguintes especialidades: Bioquímica, Hematologia, Imunologia e Bacteriologia, Ofiologia e Zoologia Médica, Parasitologia, Virologia. Condições para admissão: para admissão em qualquer um desses cursos exige-se que o candidato tenha diploma universitário ou currículo científico. A seleção dos candidatos se fará por concurso de títulos. No Curso Básico Experimental serão admitidos 10 alunos e cerca de 2 a 4 em cada curso especializado. Os interessados deverão se dirigir diretamente ao referido Instituto, caixa postal, 65, São Paulo.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

História da Lepra no Brasil — (Ministério da Saúde, Departamento de Imprensa Nacional — Rio de Janeiro). Dr. H. C. De Souza Araújo. Compreende essa obra de três volumes, o último dos quais foi editado em 1956, a transcrição de todos os trabalhos sobre pesquisas leproológicas, relatórios, discussões parlamentares e polêmicas sobre a gravidade do problema da lepra no Brasil e a sua profilaxia.

O volume 1.º com 600 páginas trata do assunto relativo aos períodos colonial e monárquico (ano de 1500 a 1889). O 2.º volume, com 400 páginas (1946 a 1952).

Obra de inegável valor é ela distribuída a todos os laboratórios médicos e leproológicos mundiais, sendo os restantes volumes postos à venda e a sua renda total líquida destinada ao patrimônio da Sociedade Internacional de Leprologia.

Anais da XII Semana Regional do Norte do Paraná — Sociedade Médica de Londrina — Paraná — 1956. Ao publicar agora, pela primeira vez os Anais da Semana Médica Regional do Norte do Paraná, pretende a Sociedade Médica de Londrina não somente divulgar os trabalhos científicos apresentados naquele conclave como fixar o histórico da S. M. L. até esta data, publicando ainda os trabalhos da Semana Médica do ano de 1955.

Contribuição ao Estudo da Histogênese e Patogênese do Epitélio Intestinal Heterotópico na Mucosa Gástrica — Dr. Jorge Michalany — S. Paulo. Valioso e excelente trabalho que o A. apresentou ao concurso de Docência Livre da Cadeira de Anatomia e Fisiologia Patológicas da Escola Paulista de Medicina.

Maladies des Veines. Diagnóstico et traitement — Claude Olivier. (Masson et Cie, Editeurs — Paris). Obra do Serviço de Clínica Cirúrgica da Salpetrière, dirigida pelo Prof. Mondor, baseia-se sobre 2.500 observações e 1500 gráficos, (flebogáficos) reunidos pelo autor em 20 anos. Análises detalhadas dos sinais modernos das

tromboses venosas, descrição de numerosas formas sintomáticas, anatômicas e etiológicas de flebites recentes, bem como regras simples para a conduta do tratamento anticoagulante, são claramente expostas.

Nesse trabalho com inúmeras ilustrações, exprime o A. sua opinião pessoal com franquesa e grande clareza.

Separatas e folhetos recebidos

Amino-Aciduria in the megaloblastic anaemias — K. J. Keeley and W. M. Politzer. From Baragwanath Hospital and the South African Institute for Medical Research. Johannesburg. Reprinted from the Journal of Clinical Pathology, May, 1956, Vol. 9, n.º 2, pág. 142.

Anaemia in Hypopituitarism (Treatment with testosterone and cortisone) — H. B. W. Greig and J. Metz. L. Sunn. Rep. from S. A. Journal of Laboratory and Clinical Medicine, Vol. 2, n.º 1, March 1956.

Antithrombin Titre in malignant malnutrition (the) Barbara V. Wallace et al. Reprinted from S. A. Journal of Laboratory and Clinical Medicine, Vol. 2, n.º 1 march 1956.

Curriculum-Vitae del Prof. Domingo Prat. Títulos, méritos, trabajos y actuación del prof. Domingo Prat en su carrera universitaria, profesional, docente y científica. Facultad de Medicina de Montevideo, 1957.

Cushing's syndrome. Clinical observations in the post-operative period in two cases. — Gunther A. Fromm, Iván Góni Moreno, Enos P. Comolli and Exequiel Heker. Separatum de Acta Endocrinológica. Vol. XXV, fasc. III. Copenhagen.

Endemic Syphilis in the Bakwena Reserve of the bechuanaland protectorate — (A Report on Mass Examination and Treatment) — J. F. Murray, A. M. Merriweather e M. L. Friedman. Reprinted from the Bulletin of the World Health Organization, 1956, 15, 975-1039. Geneva, 1956.

Ensaio de imunização contra a lepra pelo B. C. G. Tese de habilitação à docência livre da Cadeira de Clínica Dermatológica e sifilográfica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil — Dr. Antônio Carlos Pereira Filho. Juiz de Fora, 1955.

Epidemiological Patterns of Polio-myelitis in southern Africa by James Gear. Reprinted from Medicine in South Africa (1957).

Experimental Bilharziasis in animals — IV. Chemoprophylaxis in bilharziasis botha de Meillon and E. C. England and Georg Lammner. Reprinted from the South African Medical Journal, Vol. 30, 30 June 1956, pages 611-613.

Fatal Streptococcus zoopidemicus infection in a Gerbil (Tatera brants) in South Africa. D. H. S. Davis e David Ordman. Reprinted from Nature. Vol. 179, p. 869 only, April 27, 1957).

Fevers of Africa (The) Rift Valley Fever. L. Schrire and James Gear. The Central African Journal of Medicine Vol. 2, n.º 6, June de 1956.

Genodermatoses novos rumos da terapêutica dermatológica — XI Reunião Anual dos Dermatologistas Brasileiros. Porto Alegre, 1954.

Hemipelvectomy, por condro-sarcoma do osso ilíaco (Apresentação de um caso) Dr. Azael S. Leistner. Separata da Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XVII, n.º 2, 1957.

SINTOMICETINA

injetável

(CLORANFENICOL SINTÉTICO LEVÓGIRO)

frasco-ampola de 0,200 g

*em todas as indicações do cloranfenicol,
especialmente quando houver dificuldade
para a administração oral ou retal.*



Inhibition of fibrinolysis by alimentary lipaemia — H. B. W. Greig. Reprinted from *The Lancet*, July 7, 1956, p. 16-18.

Inseminação Artificial — Carlos Santos. Separata de *O Médico* n.º 215, 1955.

Investigation of the rarity of infantile scurvy among the South African Bantu (An) — By Marianne Anderson and A. R. P. Walker and H. C. Falcke. Reprinted from the *British Journal of Nutrition*, 1956, Vol. 10 n.º 2, p. 101.

Keratosis Follicularis Scirpiginosa (Lutz) — Elastoma intrapapillare perforans verruciforme (Miescher) Clinical and histological study of a new case — By J. Marshall and H. I. Lurie. *Dermatologica*, Separatum Vol. 113, n.º 1, 1956 — Basel — New York.

Medical and public health importance of the coxsackie viruses (The) — aJmes eGar, V. Measroch and F. R. Prinsloo. Reprinted from the *South African Medical Journal*, Vol. 30, 25 August 1956, pages 806-810.

Método de dosagem fotométrica de hemoglobina total do sangue — Jorge Bandeira de Mello. Publicado na Revista "O Hospital" junho de 1956 — Rio de Janeiro.

Myleran in the treatment of chronic myeloid leukaemia — By H. B. W. Greig. Separatum de *Acta Haematologica*, Vol. 16, n.º 3, pág. 171-180 — 1956.

Obesidade (considerações sobre sua terapêutica) Samuel Mayenez Fuente — Reproduzido de *La Prensa* Ano XIX, n.º 5, maio de 1954.

Parenteral magnesium suphate therapy in coronary heart disease (A preliminary report on its clinical and laboratory aspects) — B. Malkiel-Shapiro, I. Bersohn and Pamela E. Turner. Reprinted from *Medical Proceedings — Mediese Bydraes*, Vol. 2, n.º 12, 1 september 1956, pp. 435-462.

Persistent Truncus a rteriosus — L. Kreel and B. G. Grønnelaar. Reprinted from *S. A. Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, Vol. 2, n.º 1, march 1956.

Rhinoscleroma (scleroma) Report of a case in south africa — B. J. P. Becker and R. F. Dorfman. Reprinted from the *South African Medical Journal*, Vol. 30, 23 de june 1956, pages 581-584.

Strains of sindbis-Like virus isolated from culicine mosquitoes in the union of south Africa. I isolation and properties — M. P. Weinbren, R. H. Kokernot and K. C. Smithburn. Reprinted from the *South African Medical Journal* Vol. 30, 7 july 1956, pages 631-636.

Some aspects of nutritional research in South Africa — Alexander R. P. Walker. Reprinted from *Nutrition Reviews*, Vol. 14, n.º 11, november 1956.

Urinary Lithiasis in an African — W. M. Politzer and A. Beauchat. Reprinted from the *South African Medical Journal*, Vol. 31, 30 March 1957, págs. 311-312.

Why Atherosclerosis? by A. R. P. Walker and I. Bersohn. Reprinted from *Medicine in South Africa* (1957).

ESTUDOS CIRÚRGICOS

6 volumes

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

AMPLICITIL

Largactil — 4560 RP — Clorpromazina



NEUROPSIQUIATRIA

Hiperexcitabilidade
Excitação maníaca
Psicoses agudas excitomotoras
Psicoses crônicas alucinatórias ou interpretativas
Estados confusionais
Esquizofrenia



AMPLICITIL

Frascos de 30 e de 250 comprimidos a 25 mg
Caixas de 25 ampolas de 2 cm³ a 50 mg, para uso intravenoso
Caixas de 5 e de 25 ampolas de 5 cm³ a 25 mg, para uso intramuscular

AMPLICITIL-GOTAS

Frasco de 10 cm³ de solução a 4%
Cada gota corresponde a 1 mg de base ativa

AMPLICITIL-PSIQUIÁTRICO

Frascos de 20 e de 125 comprimidos a 100 mg
Tubo de 500 comprimidos

A clorpromazina — descoberta original de Rhône-Poulenc-Spécia — é apresentada em vários países sob marcas registradas diferentes, a saber:

AMPLIACTIL, na Argentina
AMPLICITIL, no Brasil
HEBANIL, na Noruega
HIBERNAL, na Suécia
LARGACTIL, na França
MEGAPHEN, na Alemanha
THORAZINE, nos Estados Unidos da América
WINTERMIN, no Japão



A marca de confiança

RHODIA

CAIXA POSTAL 8095 - SÃO PAULO, SP

PENTABIÓTICO

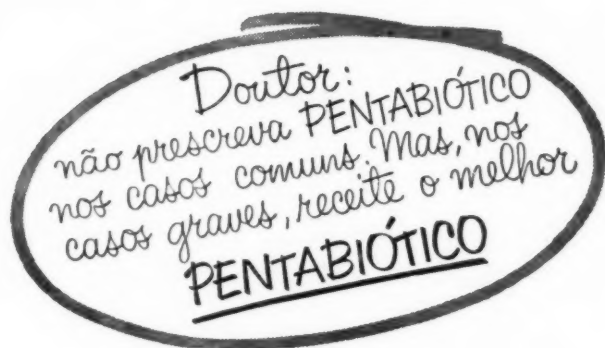
OTÊNCIA

SPECTRO ANTIMICROBIANO

ÍVEIS SANGUÍNEOS

OLERÂNCIA

ÇÃO BACTERICIDA



CINCO ANTIBIÓTICOS NUM SÓ

Indústrias Farmacêuticas



Fontoura-Wyeth S.A.

"Pioneira do Progresso em Antibióticos no Brasil"

No Brasil: Indústrias Farmacêuticas Fontoura - Wyeth S.A. - São Paulo

Nos Estados Unidos: Wyeth Laboratories Inc. - Philadelphia, Pa.

Pé equino-varus congênito inveterado

DR. PAULO DINIZ DE OLIVEIRA SANTOS

Ortopedista da Santa Casa de Vitória; Professor de Anatomia Artística da Escola de Belas Artes do Espírito Santo; Ex-estagiário do Instituto Ortopédico Rizzoli; Vice-presidente da Regional de Vitória do Colégio Internacional de Cirurgiões

INTRODUÇÃO

Vamos neste trabalho abordar uma deformidade congênita das mais comuns, que encontramos com uma freqüência tão grande, que, em geral, passa a ser considerada de rotina nos serviços de Ortopedia.

Trata-se do pé equino-varus congênito. Devemos acrescentar, contudo, que vamos apenas nos restringir às formas inveteradas, estabilizadas ou seja, o *pé equino-varus congênito inveterado do adulto*.

Há anos atrás o pé equino-varus congênito inveterado, comumente chamado *pé tórto*, *club foot*, *pie de zambo*, *pie bot*, etc., respectiva em português, inglês, italiano e francês era uma deformidade muito encontrada, sua incidência era tal, que havia "cirurgiões de pé tórto"; hoje, nos Serviços especializados, o número de casos que nos aparecem diminui cada dia.

A escassez dos casos de "Pé tórto inveterado", devemos sem dúvida ao aparecimento constante de Serviços especializados, à difusão da especialidade por todos os Estados de nossa Federação e assim, aqueles pés tortos equino-varus congênitos do recém-nato, que eram noutros tempos largados à natureza, que evoluíam sem qualquer tratamento para o pé tórto inveterado do adulto, hoje, são imediatamente tratados, logo após ao nascimento da criança.

Desta forma, a lesão congênita não tem tempo de estabilizar-se pois, os aperfeiçoamentos da técnica moderna ortopédica a partir de Kite e outros, como Denis-Brown, fez com que estas crianças, encontrassem possibilidades de cura radical logo no início da vida. Os ortopedistas de hoje têm em seus Serviços, uma lesão de rotina, como disse no início e é, o pé tórto do recém nato.

Vamos porém nos dedicar exclusivamente à aqueles pacientes que, por condições sociais, dificuldades financeiras ou do meio, deixarem a deformidade congênita progredir livremente.

Assim sendo vamos abordar apenas o pé tórto inveterado que hoje em dia torna-se mais escasso, bastando para tanto dizer que, em nossa clínica particular e, de Hospital, tratamos até o momento aproximadamente 7.000 pacientes com lesões ortopédicas várias e dêste montante selecionamos os casos de Pé tórto inveterado que atingem a cifra de apenas 14 pés tortos.

Faremos uma revisão sucinta da etiopatogenia, anat. patológica, diagnóstico e tratamento, dando a seguir nossa casuística e resultados.

ETIOPATOGENIA

As más conformações congênicas ainda constituem um enigma para os médicos e embriologistas. Sabemos apenas que, por razões que desconhecemos, a evolução intra uterina não se processa normalmente.

Sob o ponto de vista patogênico o "pé tórto" pode ser considerado de 3 tipos.

- a) Variação primária no desenvolvimento do esqueleto associada geralmente a defeitos ósseos definidos.
- b) O tipo que A. Steindler chama de "tipo de posição" consequência de influências exôgenas sem haver mal formações ósseas a não ser as mudanças secundárias de adaptação dos ossos. Este tipo é o mais comum e provavelmente quase todos os nossos casos estão enquadrados neste.
- c) Nesta forma o pé é tórto como consequência de desbalanço muscular produzido por má formação congênita tal seja espina-bífida e outras lesões do sistema nervoso.

Veremos ligeiramente como se passam os fatos no tipo 2 por ser este o mais comum. Segundo Bohne (2) até o 3.º mês de vida intra uterina o embrião encontra-se com as coxas em abdução flexão e rotação externa. Os pés estão em posição de equino adução e a planta do pé bastante supinada.

Na 2.ª metade da gravidez esta posição vai alterando-se, o pé vai sofrendo uma rotação externa, a supinação vai desaparecendo até a superfície da planta do pé entrar em contacto com a parede uterina; por razões que aqui não cogitamos há uma parada nestas mudanças de posição e a criança ao nascer, apresenta os pés mantidos em posição embrionária e com forte tendência a mantê-la, pois, os flexores plantares e invertores do pé, ficam nos últimos meses da gravidez retraídos devido a posição viciosa dando assim origem à entidade "pé equino-varus congênito". Este pé, que apresenta posição anômala dos núcleos cartilagosos e osseos, quando a criança começa a bipedestação, sofrerá alterações várias que se vão fixando até produzir a lesão estabilizada no adulto, o que é motivo do nosso

estudo. Estas lesões são tôdas produtos da incidência do péso, da carga, sôbre os ossos, que, em virtude da má conformação encontram-se fora de seus eixos normais e apresentam incongruências articulares dando como resultado deformações das peças esqueléticas que constituem o pé.

PATOLOGIA

(Componentes da deformidade)

Ao examinarmos um paciente portador de um pé equino-varus, verificamos imediatamente que o pé tórto apresenta componentes bem definidos e o seu conhecimento é de grande importância, pois, o tratamento baseia-se na exata compreensão destas atitudes viciosas, para que possamos corrigi-las; é evidente que aqui falando de tratamento referimo-nos à terapêutica cirúrgica pois, nos casos em apreço as lesões são inveteradas.

O pé equino-varus apresenta: Componentes

1) O calcâneo está em posição equina com a extremidade posterior bastante elevada algumas vêzes quase tocando a face posterior da epífise tibial.

2) O calcâneo apresenta-se supinado isto é, invertido. Desta forma se puséssemos o calcâneo em contacto com um plano horizontal veríamos que êle se apoiaria pelo seu bordo externo havendo pois entre o eixo do tendão de Aquiles e o eixo menor do calcâneo um ângulo de abertura interna.

O calcanhar apresenta-se geralmente de tamanho reduzido quanto ao volume e constatamos que a proeminência que corresponde a inserção do Tendão de Aquilles é interna em relação ao calcâneo, (Contribuindo para o agravamento e fixação da deformidade).

3) **Astrágalo:** Êste ôsso é dos que apresenta maior deformidade, pois, a adução do ante-pé se faz sôbre sua cabeça. O astrágalo apresenta forte flexão plantar (esta é consequência do equinismo do calcâneo) tendo geralmente a sua cabeça mais curta e alargada pois o escafóide articula-se com parte desta cabeça e a face interna do osso astrágalo. Devido à forte adução do ante pé o escafóide, que geralmente está aumentando no seu polo interno, toca a face interna do astrágalo ficando êste quase sem colo e com a cabeça bastante deformada, achatada em oblíquo.

4) **Ante-pé:** Êste apresenta-se fortemente supinado estando os metatarsianos com a face ventral voltados para cima, em ângulo que varia conforme a gravidade da lesão.

O 1.º metatarsiano que no pé normal é o mais desenvolvido aqui encontra-se atrofiado. Isto explica-se pelo fato de estar êste osso completamente sem função, isto é, não recebe carga e não entra na mecânica do movimento. O pé normal tem o seu apoio no solo

em 3 pontos, o calcâneo, a cabeça do 1.º metatarso e a cabeça do 5.º; no pé equino-varus, devido à supinação e adução do ante-pé, o 1.º metatarsiano não toma contacto com o solo nem sofre carga na deambulação, o que acontece em condições normais e, portanto, o osso torna-se delgado, o 1.º pododactylo frágil e a pele que o envolve fina e delicada como se fôra o dorso do pé.

Ao contrário, o 5.º metatarsiano que passa a funcionar como "sola do pé", *Sic*, pois, é sobre o bordo externo do pé que se dá o apoio, se hipertrofia. A estrutura óssea se condensa e com o passar dos anos o osso cada vez mais se prepara para exercer uma função para qual não foi ele feito tal seja, a de receber a carga do pé do corpo na deambulação.

No "pé torto" com o indivíduo na posição ortostática o péso se distribue no bordo externo do calcâneo, cubóide e 5.º metatarsiano. Na marcha o péso passa do calcâneo ao 5.º metatarsiano e vice-versa havendo uma forte tendência à rotação interna de todo este conjunto com o fito de tornar mais fácil a deambulação.

Assim, cada vez mais, o pé se encurva, chegando algumas vezes o "centro de força" que vem pelo eixo da perna a cair fora dos cubóides e 5.º metatarsiano, no solo a frente e ao lado externo do pé.

Estes doentes ao andarem apresentam uma marcha característica fazendo um movimento de rôlo com os pés descrevendo a ponta do pé um semi-círculo por cima do outro a fim de dar o "passo".

A pele destes pacientes no bordo externo do pé e face dorsal externa que são as partes que anormalmente tomam contacto com o solo estão engrossadas e algumas vezes apresentam um hígroma como poderá ser visto na figura n.º 5.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico em si é resultado imediato da simples inspecção, porém, nestes casos, não podemos nos limitar simplesmente a dizer que o paciente apresenta um pé equino-varus.

Há necessidade de analisarmos a vários componentes da lesão, estudarmos bem as suas características para que possamos fazer uma indicação cirúrgica segura com o objetivo de termos o melhor resultado.

No diagnóstico, pois, temos que utilizar:

- 1) inspecção
- 2) exame radiológico

Na inspecção constatamos os componentes da deformidade a saber:

- 1) Equinismo do pé;
- 2) Inversão do calcâneo;

- 3) Adução do ante-pé;
- 4) Supinação do ante-pé;
- 5) Varismo do ante-pé.

Temos que avaliar o grau de cada um destes componentes pois a variação é grande. Por exemplo: Se a inversão do calcâneo for muito acentuada haverá provavelmente necessidade de fazer-se uma osteotomia sub-astragalina com artrodese da referida articulação pois do contrário não se consegue eversão satisfatória. Mais adiante quando abordarmos o tratamento trataremos de cada um dos componentes em particular e ver-se-á que, o que ficou dito acima é de suma importância para que não façamos correções deficientes transformando pés equino-varus em pés plano-valgus. Os autores falam sempre que se referem ao assunto na "Rotação interna da tibia".

Procuramos avaliar bem a rotação interna da tibia em nossos pacientes.

Ao examinar-se uma pessoa com os pés equino-varus tem-se realmente a impressão que ambas as tibias estão rodadas em seu eixo para o bordo medial como se a mesma tivesse sofrido uma torção interna no segmento diafisário entre as epífises. Após corrigirmos cirurgicamente os nossos pacientes, este componente de rotação interna da tibia praticamente desaparece.

Deduzimos pois, que na grande maioria dos casos a rotação interna da tibia não passa de uma falsa impressão decorrente da situação de genu-valgus que regularmente acompanha a lesão, da atrofia dos músculos da perna e da posição equino-vara do pé.

A atrofia dos músculos da perna faz com que a tibia torne-se muito evidente e a curvatura normal da face antero-interna da mesma nos conduz a pensar em rotação interna da tibia. Ao nosso ver este componente secundário da lesão que, por muitos autores é considerado importante para nós e desprezível e todos os casos que tratamos ao darmos alta aos pacientes não mais apresentavam aquele aspecto de rotação.

EXAME RADIOLÓGICO

O exame radiológico vem confirmar o que observamos no exame clínico.

TRATAMENTO

Nos casos de pé equino-varus congênito inveterado só um tratamento podemos dispensar a estes doentes: tratamento cirúrgico.

O tratamento cirúrgico será feito visando corrigir cada um dos componentes da deformidade.

1) **Equinismo:** Fazemos inicialmente uma incisão ao longo do bordo interno do tendão de Aquilles até a sua inserção no calcâneo.

Temos observado em quase todos os casos que operamos que a inserção do tendão no calcâneo se faz excêntricamente, isto é, mais no bordo medial; isto ao nosso ver concorre para aumentar a inversão do calcâneo e portanto quando fazemos o alongamento do tendão em "Z" plástico desinserimos a parte medial.

Após alongado o tendão procedemos à ampla capsulotomia posterior a qual é feita com bisturi e tesoura ressecando a cápsula contracturada deixando completamente aberta a articulação tibio-társica. Feito isto forçamos o pé em posição de flexão dorsal.

2) **Fasciectomia plantar:** A adução — supinação do ante-pé determina contratura da fascia plantar de tal forma que se não fizermos a ressecção da fascia não conseguimos obter a correção deste componente. Em todos os nossos casos procedemos à uma incisão de 2,5 cm no bordo interno do pé, dissecção romba subcutânea com exposição da fascia; separamos a fascia do plano muscular e a ressecamos em uma distância de 2 cm; isto feito, forçamos a deformidade em sentido contrário do cavus com o objetivo de distender os músculos flexores plantares e deixamos a incisão aberta para se houver necessidade de alongar o flexor próprio do grande artelho e fazermos por esta incisão o que é bastante cômodo.

Em alguns dos ossos por nós operado após completa a correção observamos que o grande artelho se mantinha em flexão um pouco acentuada; pela incisão da fasciectomia plantar expusemos o flexor do grande artelho e o alongamos de 2 cm o que foi suficiente para vencer a flexão que havia.

3) **Varismo. Adução. Supinação do ante-pé e eversão do calcâneo:** Estes componentes são corrigidos pela osteotomia em cunha feita no tarso. Fazemos uma incisão partindo do bordo inferior do maleolo peroneiro e dirigindo-se para a frente arqueada em direção ao dorso do pé.

Afastamos para dentro os tendões dos extensores e o pedio, caindo sobre o plano ósseo. Individualizados a cabeça do astrágalo, o escafóide, o cubóide e a apófise anterior do calcâneo.

Fazemos uma osteotomia em cunha de base antero-externa incluindo os referidos ossos. Após a retirada da cunha óssea procedemos à correção do ante-pé, o qual é fixado com fio de Kirchner ao retro-pé.

Passamos então à análise cuidadosa da situação do calcâneo que muita vez apesar do já exposto, continua invertido; neste casos fazemos uma osteotomia subastragalina em cunha de base externa, incluindo a sup. inf. do astrágalo e a sup. do calcâneo com artrodese das duas superfícies cruentadas.

Com estas medidas logramos obter correção satisfatória em todos os nossos casos. Procedemos ao fechamento das incisões com catgut 000.

Todos os nossos casos foram operados com hemostasia prévia por faixa de Esmarch.

A seguir colocamos uma tala posterior gessada que após desaparecimento do edema, o que se completa em poucos dias, é substituída por uma bota gessada acolchoada com o pé em correção completa havendo preocupação em dar forma ao arco longitudinal plantar do pé. Com 1 mês fazemos o paciente andar com muletas, ou bengala e ao fim de 5 ou 6 meses tiramos o aparelho de gesso e iniciamos a marcha com sapatos comuns apenas sendo a sola no bordo externo 1 cm mais alta que no interno.

CASUÍSTICA

- 1) *Germano Ramos* — F. 1153 — Pés equino-varus congênicos — (dois) — 47 anos — Operado em 8-7-56.
- 2) *Juvenal Ferreira* — F. 897 — Pés equinos-varus congênito — (dois) — 25 anos — Operado pé D. em 13-9-53. Operado pé esq. em 3-8-54. Fig. 1, 2, 3, 4.
- 3) *Humberto Oliveira* — F. 750 — Pé esquerdo — equino-varus congênito — (um) — 13 anos — Op. em 18-6-54.
- 4) *Juventino Carvalho* — F. 1549 — Pés equino-varus congênito — (dois) — 19 anos — Op. em 23-11-55. Fig. 5, 6, 7, 8.
- 5) *José Gusmão* — F. 1313 — Pés equino-varus congênicos — (dois) — 26 anos — Operada em 13-12-55. Fig. 9, 10.
- 6) *Nadete Oliveira Matos* — F. 357 — Pés equino-varus congênicos — (dois) — 14 anos — Op. 17-8-53. Fig. 12, 13, 14, 15.
- 7) *Juseni Eduardo* — F. 1472 — Pé esquerdo equino-varus congênito — (um) — 13 anos — Op. em 18-2-56.
- 8) *Jacy Chagas* — F. 93 — Pés equino-varus congênicos — (dois) — 22 anos. Operado em 15-9-52.

APRECIACÃO DOS RESULTADOS

Quase todos os nossos pacientes eram pessoas recalcadas, que se consideravam estigmatizadas pela natureza havendo um que era, inclusive, "mau elemento" sob o ponto de vista policial.

O resultado que se obtém no plano psicológico é estrondoso; a modificação que se opera no temperamento destes doentes é de tal ordem que ficamos entusiasmados ao ponto de sempre que encontramos um doente com pé torto procuramos levá-lo ao Hospital. O simples fato de o paciente depois de curado usar um sapato comum tem na vida deste indivíduo um significado que só os doentes ou aqueles que estão bem identificados com o problema podem aquilatar.

Quanto ao resultado ortopédico consideramos os nossos casos todos como bons: Plástica — boa — Ausência de dor à marcha prolongada — Mobilidade razoável na flexoextensão.



FIG. 2 — J. F. Após operação — OK.



FIG. 1 — J. F. Após a alta.



FIG. 3 — J. F.: RX — pré-operatório.



FIG. 4 — J. F. Perfil pós-operatório.



FIG. 5 — J. C. Foto do pé antes de operar. Notar o grande higroma reacional no bordo de apoio do pé.



FIG. 6 — J. C. Já com um pé curado e outro no gesso — perfil. Notar a grande hipertrofia do V.º pododactylo.



FIG. 7 — J. C. Pós operatório — De frente. Notar a boa reconstituição do arco plantar longitudinal.

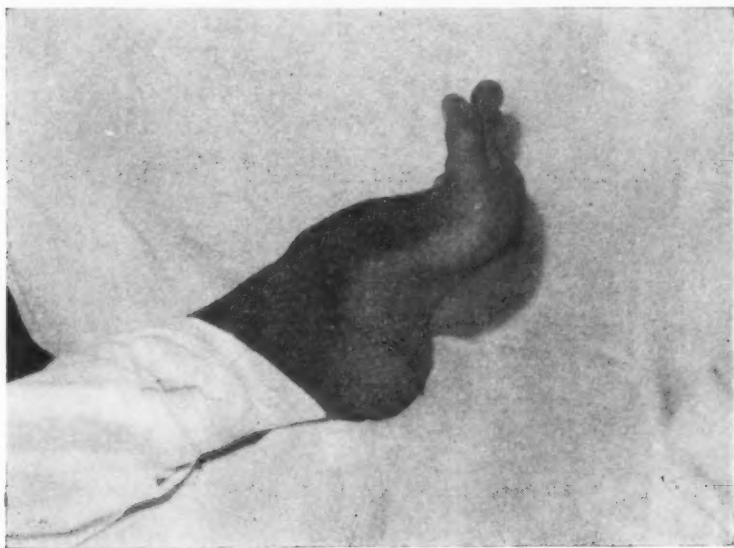


FIG. 8 — J. C. Perfil do pé pré-operatório grande equinismo e cavo.



FIG. 9 — J. G. Pé direito: antes de operar. Pé esquerdo: já operado.



FIG. 10 — J. G. Pé direito e esquerdo do mesmo paciente da figura ant. em projeção de perfil.

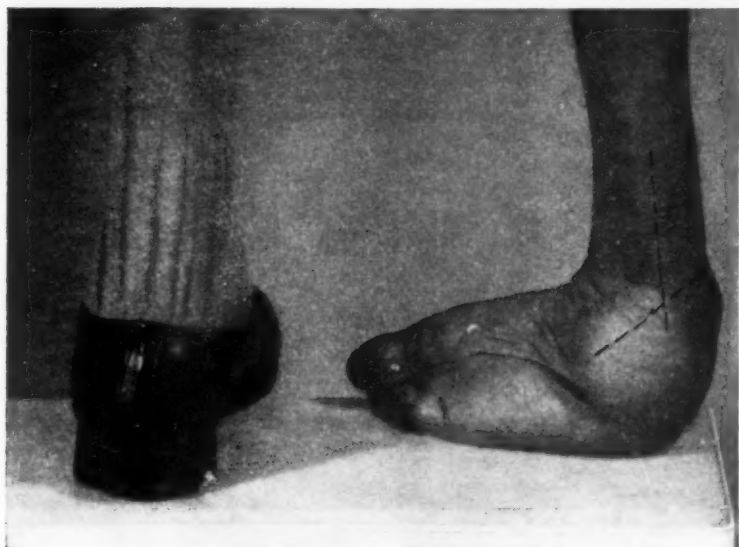


FIG. 11 — J. G. Mesmo paciente da fig. anterior vista posterior. Notar a grande inversão do calcâneo. Pé esquerdo já operado.



FIG. 12 — N. O. M. RX pré-operatório pé eq. de perfil. Pé dir. em antero-posterior.



FIG. 13 — N. O. M. RX pré-operatório. Pé D. perfil. (Notar a rotação do escafóide em torno da cabeça do astrágalo).

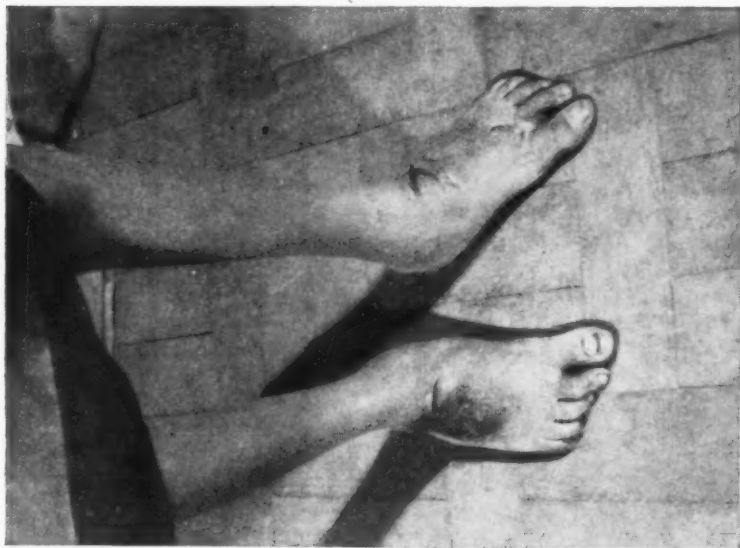


FIG. 14 — Mesma paciente da fig. anterior após operação.



FIG. 15 — Mesma paciente da fig. anterior usando sapatos comuns após a operação

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARTUR STEINDLER — *Lecciones para graduados sobre Ortopedia*. Editorial Beta — Buenos Ayres, 1954 — Tomo I.
- 2) G. HOHMANN — *Pie Y Pierna*. Ed. Labor S. A., 1949, Barcelona — Pg. 394.
- 3) BASTOS ANAST — *Tratado de Cirurgia Ortopédica*. Ed. Científico Médica — 1950, Barcelona — Pg. 46.
- 4) HAUSER, EMIL D. W. — *Enfermedades del pie*. Salvat, Editores — 1953. — Pg. 172.
- 5) *Campbell's Operative Orthopedies* — J. S. SPELD, HUGH SMITH — C. V. Mosby Company, 1949 — Pg. 1560 — Vol. II.
- 6) *Ortopedia Clínica* — PETER A. CASAGRANDE — Salvat, Editores S. A. — 1955 Pg. 147.
- 7) F. DELITALA — R. DE GENARO — *Trattato di Tecnica Ortopedica e Traumatologica*. Casa Editrice Dr. Francesco Vallardi — Milano, 1950 — Cap. VII.
- 8) JAMES F. BRAILSFORD — *The Radiology of Bones and Joints* — J. & A. Churchill Ltd. — London, 1948 — Pg. 40-546.
- 9) ARTHUR STEINDLER — *Operaciones Ortopédicas*. Edit. Beta Argentina, B. A., 1951 — Pg. 241.
- 10) S. OBERLIN — *Traté de Technique Chirurgicale* — Masson, etc. Editeurs, Pg. 1135 — França, 1935.



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:

metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente aliva nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampólas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA



DOLCSONA

Obstrução intestinal devida a polpa de laranja em doente gastrectomizado (*)

(Apresentação de um caso)

Dr. JOÃO DE LORENZO

e GIL HAUER SANTOS

(Livre docente de clínica cirúrgica, Cirurgião do Sanatório Sta. Catarina na Fac. Med. Univ. Bras. e Univ. S. Paulo)

A obstrução intestinal provocada pela ingestão de laranja em paciente que sofreu uma gastrectomia parcial anteriormente, é bastante rara. Justifica-se assim a apresentação deste caso, pois após cuidadosa pesquisa não encontramos na literatura nacional nenhuma referência a este respeito. Na literatura estrangeira por nós consultada existem 8 casos, sendo 1 de Allen e Smithwick (1942), 1 de Baumeister e Darling (1947), 1 de Fleming e Ward-McQuaid (1950), 1 de Elfving e Scheinin (1953) e 4 de Norberg (1955).

Todos esses doentes do mesmo modo que no caso que estamos apresentando foram anteriormente gastrectomizados parcialmente pelo método de Billroth II.

Norberg faz referências a cerca de 200 casos de obstrução intestinal causados por cerca de 50 alimentos diferentes, sendo que dentre estes os mais frequentes são o persimmon, que é uma variedade de ameixa somente usada na América do Norte e Ásia, ameixas secas, pêssegos, cogumelos, laranjas e maçãs. As frutas secas incham no intestino, aumentando de volume e levando à obstrução. Por outro lado as frutas que são constituídas de grande volume de fibras de celulose, formam um bolo intestinal que produz a obstrução.

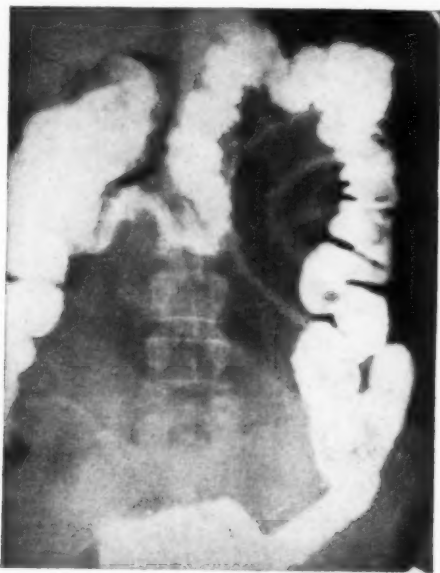
Como fatores principais que podem favorecer a obstrução consideramos a mastigação insuficiente e a gastrectomia parcial. Na gastrectomia parcial pelo método de Billroth II o alimento passa através da boca anastomótica, que em geral é ampla, diretamente para

(*) Apresentado no V Congresso Brasileiro de Cirurgia.

o jejuno. Del Rio⁵ e colaboradores em 1944 descrevem um caso de obstrução intestinal por laranja em doente gastroenterostomizado.

No caso de fitobezoários encontramos uma massa formada por cascas, polpa e sementes aglutinadas do vegetal ingerido.

Essa massa pode se localizar preferencialmente a 40 cms da válvula íleo cecal, de acôrdo com Smithwick e Allen, por ser a parte anatomicamente mais estreitada do intestino.



Radiografia 1 — Distensão considerável das alças do delgado médio formando "Cs" e "Us", presença de níveis líquidos e derrame peritonial.

CASO 6037 (Dr. J. Lorenzo) — H. G., 47 anos, sexo feminino. Gastrectomizada parcialmente em março de 1953 por úlcera duodenal, pelo método de Reichel-Polya. Post operatório imediato sem incidentes follow-up bom, durante 2 anos, alimentando-se normalmente durante êsse período.

Em 20/8/55 pela manhã, ingeriu uma laranja, tendo engolido seu bagaço sem mastigar, após chupar o seu caldo. Na noite dêsse dia começou a sentir cólicas periumbelicais e no flanco esquerdo. No dia seguinte ficou acamada devido a exacerbação das cólicas tendo chamado um médico que lhe receitou sedativos e anti-espas-módicos. No dia 22 a tarde como não obtivesse melhoras fomos então chamados encontrando a doente vomitando, com cólicas intensas

mais localizadas no hemiabdomem esquerdo sem evacuar ou eliminar gases durante cerca de 48 horas. O abdômem encontrava-se ligeiramente distendido doloroso à palpação. Diante desse quadro de obstrução requisitamos exame radiológico tendo obtido confirmação de obstrução do jejuno íleo (1). Aconselhamos então operação imediata que se realizou nessa mesma noite.

Aberta a cavidade houve saída de regular quantidade de líquido seroso, verificando-se uma grande distensão do delgado, e a presença de um volvo do delgado médio que estava rodado sobre sua base mesentérica. Após ser este desfeito passamos a exploração do jejuno íleo, encontrando a cerca de 40 cms da válvula ileocecal uma massa consistente que tentamos empurrar para o ceco. Como isso não foi possível praticamos uma enterotomia extraíndo do interior do intestino um bagoço não digerido de laranja, noduloso, de consistência firme, do tamanho de limão siciliano, perfeitamente conservado.

O post operatório imediato decorreu normalmente tendo a doente obtido alta 7 dias após sua internação, e estando atualmente passando bem.

S U M Á R I O

Apresentação de um caso de obstrução intestinal por bagoço de laranja, em doente que sofrera anteriormente uma gastrectomia parcial tipo Billroth II, sendo o primeiro apresentado na literatura brasileira.

S U M A R Y

The authors present a case of intestinal obstruction due to orange pulp, in a patient who has been submitted previously to a Billroth II type of partial gastrectomy. It is the first case to be presented on Brazilian literature.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ALLEN (A. E.), and SMITHWICK (R.): *Case records of the Massachusetts General Hospital*. New England J. Med. 226:864, 1942.
- 2) BAUMEISTER (C. F.), and DARLING (D. D.): *Acute intestinal obstruction due to orange pulp bezoar*. Ann. Surg. 126:251, 1947.
- 3) FLEMING (J. P.), and WARD-McQUAID (J. N.): *Four unusual complications of partial gastrectomy*. Australian & New Zealand J. Surg. 20:173, 1950.
- 4) ELEVING (G.), and SCHEININ (T. M.): *Intestinal obstruction caused by ingested vegetables*. Ann. Chir. et Gyn. Fenn. 42:178, 1953.
- 5) NORBERG (P. B.): *Intestinal obstruction due to Citrus Fruit after partial gastrectomy*. Acta Chirurgica Scandinavica 109:143, 1955.



Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS
AFECÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm.³

LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.

Fisiologismo del cremaster (*)

DR. AUGUSTO HERNANDEZ MENDOZA

(Urologista en ICA — PERÚ)

La observación de secuelas, que dejan ciertas intervenciones quirúrgicas que se realizan en el territorio del músculo cremaster, sin evitar conservarlo, motivan hacer un recuerdo del *Fisiologismo del Cremaster*.

Es menester recordar que el músculo cremaster, cuya significación es, yo sostengo, constituye como dice Testut, el aparato elevador de la glándula genital.

Músculo estriado, independiente en gran parte de la voluntad, acompaña al cordón espermático en su longitud por su cara interna y externa, mediante dos fascículos: el púbico, que se inserta en la espina del pubis y que no es constante y, el crural, fascículo externo ó fascículo iliaco como también se le llama, voluminoso normalmente, se inserta en el arco femoral un poco por fuera del orificio externo del conducto inguinal y que tiene relación por su extremo superior con el borde inferior de los músculos oblicuo menor y transversal del abdomen. Estas fibras descienden hasta llegar al testículo donde se abren a manera de abanico, entrelazándose unas y otras, describiendo una concavidad hacia arriba. Esta zona, de las fibras del cremaster revestida de la túnica fibrosa se denomina la túnica eritroidea, que no es más que la continuación del mismo músculo.

Su *Fisiologismo* consiste:

No solo en sostener la glándula genital en una determinada posición dentro del escroto, sino en conservarla, defendiéndola de los traumatismos externos a que se haya expuesta constantemente, ya sea por los ejercicios bruscos como por el coito; sin embargo, la literatura consigna casos de traumatismo internos, en individuos cuya musculatura abdominal está sumamente desarrollada; por relación que el cremaster tiene con éstos músculos, la contracción de éstos origina la de aquel, llevando la glándula bruscamente hacia el pubis, traumatizándola y produciendo en algunos casos orquitis traumática, hecho

raro y que no ha observado por nosotros en los 18 años de práctica profesional.

Su tonicidad permite que los vasos que la irrigan no se alteren, evitando la dilatación de ellos contribuyendo a evitar el varicocele y ptosis de la glándula.

Su funcionamiento en gran parte es refleja, obedece a la estimulación que se haga sobre la piel del musculo de la cara superinterna, constituyendo el reflejo del cremaster. Su modificación se encuentra relacionada con afecciones de cierta zona del sistema nervioso y con lesiones de él mismo.

Son pues tres las funciones que desempeña éste importante músculo:

- 1.º) Constituye un aparato de sosten de la glándula genital.
- 2.º) Preserva a la glándula de los traumatismos externos.
- 3.º) Su tonicidad mantiene la elasticidad de sus elementos de irrigación.

En que casos éste músculo puede ser dañado?

En los siguientes:

- 1.º) En las hernias inguino-escrotales.

Con cierta frecuencia, en el tratamiento quirúrgico que se hace de ellas, el cirujano no tiene cuidado en separar las fibras del cremaster al abrir la túnica del cordón, haciéndola en cualquier dirección, tratando unicamente de encontrar el saco herniario; lá túnica es abierta y abandonada una vez que el saco es aislado; no se hace la reconstrucción de dicha túnica dejando las fibras del músculo seccionadas ó desinsertadas.

- 2.º) En las hernias inguinales directas é indirectas, al debilitar el oblicuo menor y transversal del abdomen, por las técnicas seguidas en la reparación de las paredes, el cremaster indirectamente por su relación puede verse afectado, sino se tiene en cuenta el fisiologismo de éstos.

- 3.º) En las epididimectomías.

No hay técnica descrita en los textos, que señale que debe respetarse el cremáster al disecar el deferente para su sección. Y además, podemos apreciar como la eritroides es destruida completamente al hacer la resección de la vaginal y exéresis del epididimo, y como se deja las fibras del cremáster sin punto de apoyo inferior anulando su fisiologismo.

- 4.º) En las intervenciones quirúrgicas que se hacen dentro del cordón espermático, como son el varicocele, hidrocele funicular y otros procesos, también se expone el músculo a que sus fibras sean lesionadas, disminuyendo sus funciones.

¿Qué secuelas hemos observado?

- a) La disminución notable y aún abolido el reflejo cremastérico.
- b) Aumento de sensibilidad de la glándula.
- c) La aparición de paquetes varicosos.
- d) La exposición de la glándula a los traumatismos externos durante el coito, dificultando el acto sexual.
- e) El descenso de la glándula, que también lo hemos observado en casos en que el músculo se encuentra atrofiado.

Teniendo en cuenta estas secuelas, hace 4 años que nos hemos preocupado por la conservación del músculo citado, cuando éste es intervenido.

En las hernias inguino-escrotales como en la cirugía que se realiza dentro del cordón, procuramos abrir la túnica dentro del espacio que demarcan ambos fascículos, que generalmente es la cara anterior del cordón, reconstruyéndola, una vez que se ha terminado el objetivo quirúrgico.

En las epididimectomias, además de lo dicho, tratamos de dar apoyo en su parte inferior, a las fibras del cremáster puesto que la eritroides ha desaparecido quirúrgicamente, suturándolas a la albugínea.

Es así, como modificamos la técnica clásica, siguiendo este principio anátomo-fisiológico.

RUBROMALT

*Extrato de malte
Com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado,
Aminoácidos e Minerais.*



INSTITUTO TERAPEÚTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitinguí, 165 — São Paulo, Brasil

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucósio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucósio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucósio em água destilada a 5 % e 10 %.

Em frasco de 500 e 1000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal sêco (irradiado)



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ..... : Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone : 46-1818
Caixa Postal 3.705 - Enderço Telegráfico : "PICOT"

LABORATÓRIOS : Duque de Caxias - Estado do Rio - Rua Campos, 543.

FILIAL..... : São Paulo - Rua Manoel Dutra, 218 - Telefone: 32-9626.
Enderço Telegráfico : "BAXTER"

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655

SÃO PAULO

NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

FÓRMULA:

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

MODO DE USAR:

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.



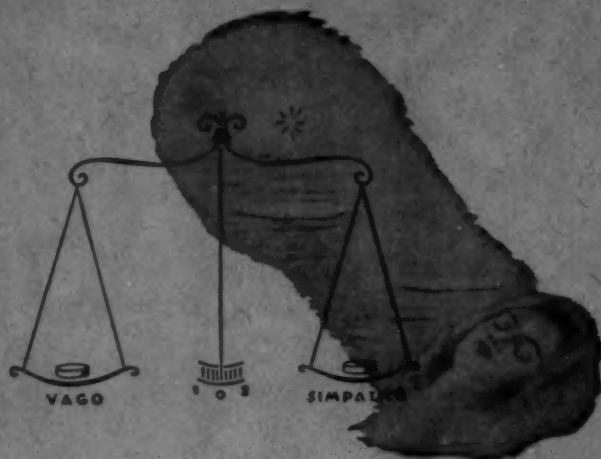
LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 - Telefone, 35-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A. imprimeu.